

Н. Л. АНТОНОВА

**ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В РОССИИ**

**Екатеринбург
2005**

ББК 67.404.2+51.1(2)

А.72

Научный редактор:
доктор философских наук, профессор, заслуженный деятель
науки Российской Федерации
Г. Е. Зборовский

Рецензенты:
доктор социологических наук, профессор **Г. Б. Кораблева**
доктор философских наук **А. Б. Франц**

А.72 Антонова Н. Л. Институциональные аспекты функционирования обязательного медицинского страхования в России. – Екатеринбург, 2005. – 140 с.

Издание осуществлено при финансовой поддержке Фонда Джона Д. и Кэтрин К. Макартуров (грант № 04-81316-000-GSS). Некоторые материалы подготовлены к печати при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (грант № 04-03-83304а/У).

ISBN 5-7741-0064-2

В монографии на основе методологии институционального подхода раскрывается сущность обязательного медицинского страхования как современного института общества, характеризуются этапы его становления и функциональное поле деятельности. Анализируются организационная структура института, социальное взаимодействие субъектов, включенных в орбиту его деятельности, и раскрываются проблемы реализации прав пациентов.

Книга адресована ученым, преподавателям, аспирантам, студентам, а также специалистам фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, медицинских учреждений.

ББК 67.404.2+51.1(2)

ISBN 5-7741-0064-2

© «ТНТ», 2005

© Н. Л. Антонова, 2005

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. Институциональный подход к анализу обязательного медицинского страхования....	9
1.1. Основные научные подходы к понятию социального института	9
1.2. Обязательное медицинское страхование как институт общества	21
1.3. Институционализация обязательного медицинского страхования	42
2. Современное состояние и функционирование института обязательного медицинского страхования	61
2.1. Организационная структура института обязательного медицинского страхования	61
2.2. Взаимодействие субъектов обязательного медицинского страхования.....	80
3. Проблемы реализации прав пациентов в обязательном медицинском страховании.....	105
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	127
ЛИТЕРАТУРА	130

ВВЕДЕНИЕ

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – один из молодых и перспективных институтов российского общества, его становление происходило в условиях трансформации экономических, политических и социальных связей и отношений. Введение ОМС было важным шагом на пути реформирования здравоохранения в России.

Одним из основополагающих принципов обязательного медицинского страхования выступает обеспечение граждан Российской Федерации равными правами при получении медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Создание нового института было обусловлено рядом факторов. Во-первых, в условиях перехода к рынку актуализировались проблемы социальной защиты населения, в том числе в сфере медицинского обслуживания. Независимо от статусных позиций, финансового положения, социально-демографических характеристик застрахованные в ОМС могут получить необходимую медицинскую помощь в случае болезни, изменения состояния здоровья.

Во-вторых, усиливающееся расслоение общества, его поляризация приводят к появлению социального неравенства в области медицинского обслуживания. Получение медицинской помощи – это гарантия государства абсолютно для всех, что позволяет отчасти преодолевать неравенство социальных позиций застрахованных и обеспечивать доступность получения медицинских услуг.

В-третьих, введение ОМС имеет экономическую значимость, способствуя «притоку» финансовых ресурсов в здравоохранение. Невысокая доля финансовых отчислений на здравоохранение затрудняла решение стратегических задач медицины. Институт ОМС «взял на себя» часть финансовых проблем и позволил не только обеспечить бесплатную доступную качественную медицинскую помощь застрахованным, но и позволил системе здравоохранения «выжить» и ориентироваться на дальнейшее развитие.

Регламентация обязательного медицинского страхования в России закреплена в Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», принятом Верховным Советом 28 июня 1991 года. В 1993 году в закон были внесены изменения и дополнения. В настоящее время создана большая нормативно-правовая база, формирование которой еще не завершено; возможно, началом нового этапа

в развитии института станет принятие Закона РФ «Об обязательном медицинском страховании».

Несмотря на то что институт обязательного медицинского страхования лишь второе десятилетие функционирует в постсоветской России, следует отметить ряд существующих в нем противоречий институционального характера. Среди них противоречия между:

- ориентацией института обязательного медицинского страхования на регулирование социального неравенства в обществе и усилением неравенства в сфере медицинского обслуживания;
- потребностями и интересами субъектов института обязательного медицинского страхования, а именно: страховщиков, страхователей, застрахованных и исполнителей медицинских услуг;
- декларацией доступности и бесплатности медицинского обслуживания в обязательном медицинском страховании и проблемами ее реализации на уровне конкретных медицинских учреждений;
- практикой нарушения прав пациентов и их пассивностью в области защиты своих правовых интересов и низкой правовой осведомленностью;
- введением в систему здравоохранения института обязательного медицинского страхования и информационно-просветительской деятельностью среди населения о назначении института.

Противоречия, существующие в рамках деятельности института, тормозят его дальнейшее функционирование и развитие: институт начинает «работать» на себя, воспроизводя организационную структуру и стремясь доказать необходимость своего существования. Потребности застрахованных в качественном, бесплатном и доступном медицинском обслуживании реализуются не в полной мере.

Проблемы функционирования и развития института обязательного медицинского страхования актуализируются при обращении к вопросам монетизации льгот, в частности в области лекарственного обеспечения. За время реализации Федерального закона № 122-ФЗ (в повседневной практике его принято называть законом о монетизации льгот) «значительно возросло количество граждан, воспользовавшихся своим правом на получение льготного лекарственного обеспечения. Так, по сравнению с прошлыми годами количество выписанных льготных рецептов увеличилось на 30–100 %, в отдельных субъектах РФ этот показатель превышен в 6 и более раз. Главной проблемой реализации положений данного

Федерального закона в части обеспечения лекарственными средствами отдельных категорий граждан является неполное удовлетворение потребности в лекарствах. По отдельным регионам обеспеченность лекарствами составляет лишь треть от потребности»¹.

Принятый закон вызвал многочисленные дискуссии как в среде специалистов, так и среди граждан, которые «попадают» под действие закона. Вместе с тем, одним из основных субъектов его реализации становятся фонды обязательного медицинского страхования, а также страховые медицинские организации, т.е. речь идет о дальнейшем перспективном направлении развития института ОМС, его социальной значимости в российском обществе.

Традиционный подход к медицинскому страхованию как средству получения гарантированных источников финансирования и увеличения финансового благополучия системы здравоохранения не позволяет раскрыть глубинный смысл и сущностные характеристики обязательного медицинского страхования в его социальном контексте, в срезе социальных отношений, связей и взаимосвязей. Обязательное медицинское страхование – не застывшее образование, это особого рода система норм и принципов, реализация которых осуществляется конкретными индивидами в процессе социального взаимодействия.

В основу исследования обязательного медицинского страхования нами был положен институциональный подход. Выбор такого методологического инструмента не случаен. Институциональный анализ позволяет раскрыть сущность и назначение обязательного медицинского страхования в современном обществе, раскрыть его функционально-целевое поле, обозначить структуру и субъектов, включенных в орбиту его деятельности. При этом особое внимание уделяется характеру и особенностям взаимодействия обязательного медицинского страхования с обществом в целом и его конкретными институциональными образованиями.

Для институционального подхода, реализуемого в качестве базового при исследовании обязательного медицинского страхования, характерно социологическое осмысление современного состояния, функционирования и перспектив развития ОМС, его организационной структуры и межинституциональных связей. Анализ внутриинституциональных связей субъектов института ОМС позволяет

¹ www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2005/vestniksf255-03/vestniksf255-03100.htm

выявить проблемы и противоречия, «лечение» которых будет способствовать эффективной реализации функционала обязательного медицинского страхования.

При институциональном подходе обязательное медицинское страхование рассматривается в качестве регулятора общественного здоровья, интегрирующего основания включения каждого индивида при необходимости в сферу медицинской помощи. Воспроизводство образцов и моделей поведения застрахованных, страховщиков, страхователей, исполнителей медицинских услуг ведет к дальнейшему укреплению институциональных связей, устойчивости института обязательного медицинского страхования в институциональной системе общественного устройства.

В отечественной социологии последнего десятилетия актуализировались исследования в сфере здоровья, здравоохранения и медицины. К числу таких исследований следует отнести работы Н.С. Григорьевой, Е.В. Дмитриевой, И.В. Журавлевой, Ю.П. Лисицына, И.Б. Назаровой, А.В. Решетникова, К.Н. Хабибуллина, Л.С. Шиловой, С.В. Шишкина и др. Идеи и концепции авторов раскрывают социологическую специфику анализа здоровья и медицины, характеризуют институциональные изменения в сфере здравоохранения, одним из которых и является обязательное медицинское страхование. Вместе с тем, исследование обязательного медицинского страхования как института общества в литературе практически не представлено и требует специального социологического обоснования.

К анализу ОМС обращены взгляды, прежде всего, экономистов, правоведов и специалистов в сфере управления здравоохранением. С помощью экономического подхода раскрывается сущность обязательного медицинского страхования как системы экономических отношений, включающей регулирование финансовых поступлений (страховых взносов) и их дальнейшее распределение и перераспределение. Правоведы анализируют сферу правовых отношений, в которые вступают в силу необходимости субъекты обязательного медицинского страхования. Управленцы изучают тонкости внутренней структуры обязательного медицинского страхования как системного образования. Задача социологии – охарактеризовать, прежде всего, социальную обусловленность обязательного медицинского страхования, распознать его социальную ценность и выявить эффективность функционирования в обществе.

Целью настоящей работы выступает социологический анализ институциональных аспектов функционирования обязательного ме-

дицинского страхования в России. Реализация заявленной целевой установки предполагает решение следующих задач:

- раскрыть особенности институционального анализа в русле современных подходов;
- обосновать возможности анализа обязательного медицинского страхования как института общества;
- проанализировать процесс институционализации обязательного медицинского страхования;
- исследовать организационную структуру института обязательного медицинского страхования;
- выявить особенности взаимодействия общностей, включенных в обязательное медицинское страхование;
- раскрыть проблемы реализации прав пациентов в обязательном медицинском страховании.

Автор выражает глубокую признательность и благодарность научному редактору – заслуженному деятелю науки Российской Федерации, доктору философских наук, профессору Г.Е. Зборовскому; рецензентам данной работы: доктору социологических наук, профессору Г.Б. Кораблевой, доктору философских наук А.Б. Францу. Автор признателен руководителю Управления защиты прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области В.А. Беллавину, кандидату медицинских наук, начальнику отдела по взаимодействию с населением Управления защиты прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области П.Д. Карачеву. Автор также благодарен Андрине Екатерине, участвовавшей в проведении опросов.

1. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К АНАЛИЗУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1.1. Основные научные подходы к понятию социального института

Современное общество в настоящее время исследовательскими школами, научными коллективами и учеными рассматривается как институциональная система, позволяющая представить общественную жизнь индивида, социальной группы и общности в русле институциональной картины. Такое понимание общественного устройства, несомненно, имеет перспективы, поскольку позволяет не анализировать автономное существование и функционирование подсистем общества, а осмыслить их взаимодействие и взаимовлияние.

Институциональный подход следует отнести к числу традиционных для социологической науки, имеющих свои глубокие корни, уходящие в эпоху становления и оформления социологии как научной дисциплины. Г. Спенсера можно считать первым социологом-классиком, обратившим внимание на категорию социального института. Его концептуальные идеи раскрывают необходимость особой регулятивной системы, которая позволяет объединить, скоординировать деятельность подсистем социального организма. Г. Спенсер показал, что эволюция общественного развития предопределила становление институтов общества, регулирующих деятельность социальных общностей и социальных групп. Выделяя шесть типов социальных институтов (домашние, обрядовые, церковные, политические, промышленные, профессиональные), Г. Спенсер рассматривает их развитие, останавливаясь на процессах дифференциации и интеграции социальных институтов. Кроме того, важными для нас являются идеи Г. Спенсера, касающиеся появления новых социальных институтов как откликов на общественные потребности.

Методологические основания социологического анализа общества в русле институционального подхода нашли свое развитие в работах Э. Дюркгейма, М. Вебера, К. Маркса. Так, Э. Дюркгейм считал: «Для того, чтобы иметь возможность объяснить современное состояние семьи, брака, собственности и т.д., надо узнать, каково их происхождение, каковы простейшие элементы, из которых

состоят эти институты...»². Социология предстает как наука, изучающая генезис и функционирование социальных институтов³. Этот вывод важен для формирования социологического подхода к исследованию обязательного медицинского страхования.

В начале XX века в США складывается целое направление – институциональная социология. Согласно данному течению социальные институты предполагают сознательно регулируемую и организованную форму деятельности людей; социальный институт организуется для выполнения общественно-значимых функций. Идеи институционализма раскрыты в работах С. Липсета, П. Блау, Ч.Р. Милса и др. Основателем институционализма принято считать Т. Веблена. Он определил, что развитие общества – это смена одних социальных институтов другими, причем институты предстают как некие посредники в отношениях между обществом и личностью, призванные выполнять определенного рода функции.

В тот период, а именно в 20–30 гг. XX века, институциональная теория активно развивается и в русле экономической науки, прежде всего такими исследователями, как Дж. Коммонс, У. Митчелл, У. Богарт и др. Впоследствии данное направление было определено как традиционный классический институционализм, в противовес современным институциональным теориям (Д. Норт, Л. Тавено, Р. Буайе и др.), классификация которых до сих пор является дискуссионной темой в среде экономистов⁴. Не включаясь в дискуссию о структурировании современной экономической теории, отметим, что главной особенностью традиционных и современных институционалистов выступает анализ экономических институтов в тесной связи с другими социальными институтами общества. Д. Норт отмечает, что «теория институтов делает шаг в сторону соединения и примирения экономики и других общественных наук»⁵.

По мнению А.Н. Олейника, «старый» институционализм использует методологию холизма... институты объясняются через те функции, которые они выполняют в воспроизводстве системы

² Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. М., 1991. С. 521.

³ Там же. С. 405.

⁴ Нуреев Р. М. Институционализм: Вчера, сегодня, завтра; Олейник А. И. Институциональная экономика: учеб. пособие. М., 2004. С. 5.

⁵ Норт Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики / Пер. с англ. А. Н. Нестеренко. М., 1997. С. 20.

отношений на макроуровне»⁶. Ключевой задачей современной институциональной экономики, по мнению исландского ученого Т. Эггертссона, является выдвижение работоспособной программы научных исследований. Сам автор признает, что «социальные институты влияют на поведение действующих лиц, изменяя характер их ожиданий, сами ожидания зависят от того, как действующие лица постигают окружающую их среду...»⁷. Другими словами, если представители «старой» институциональной школы исходили из идеи института как стабилизирующей инерционной системы, то «новые» институционалисты демонстрируют двойственность взаимодействия института и индивида: с одной стороны, институты задают некие ограничения в структуре потребностей и интересов индивида, а, с другой стороны, индивиды способны расширить спектр функционального поля деятельности института исходя из своих потребностей. В целом, современная институциональная экономика рассматривает функционирование и развитие институтов с учетом политических, социокультурных, исторических, социальных факторов, принимая во внимание индивида и его потребности.

Концептуальные идеи, рассмотренные выше, раскрывают природу различных принципов становления институтов общества, они позволяют подчеркнуть сложность и современность института обязательного медицинского страхования. Россия, взяв курс на развитие рыночной экономики, тем самым предопределила появление нового института – обязательного медицинского страхования. Институт здравоохранения в новых условиях перестал удовлетворять в полной мере потребностям различных социальных групп и слоев, что привело к его трансформации и возникновению на его базе института ОМС. Вместе с тем, ОМС выступает и институтом страхования, поскольку взаимодействие субъектов строится на принципах страховой медицины. Исследовательский анализ обязательного медицинского страхования требует изучения истоков его становления и эволюционирования, а также современного состояния, проблем, противоречий и перспектив.

Социальные институты попали в фокус исследовательского внимания и отечественных социологов. «Происходит осознание все большим числом ученых роли институтов в развитии общественных систем, демонстрирующих стремление добаться до инсти-

⁶ Олейник А. И. Указ. соч. С. 27.

⁷ Эггертссон Т. Экономическое поведение и институты: пер. с англ. М.: Дело, 2001. С.10.

туционализированного ядра современных обществ с тем, чтобы объяснить многообразие социальных процессов, происходящих в разных странах, глубже осмыслить историю и перспективы общественного развития»⁸. Сущность социальных институтов раскрывается в учебниках и учебных пособиях по социологии⁹. Наиболее развернутый социологический анализ получили такие институты общества, как образование, семья, наука, профессия¹⁰. Что касается институционального анализа здравоохранения в целом и обязательного медицинского страхования в частности, то он практически не представлен в отечественной социологии, отметим лишь работы А.В. Решетникова, в которых автор рассматривает сущность медицины и здравоохранения с позиций социологической науки¹¹.

В целом в социологии сложился ряд подходов к определению сущности социального института. Кратко остановимся на некоторых из них. Первый подход мы бы определили как нормативный, поскольку главным теоретическим конструктом в понимании института выступает категория нормы. С данных позиций социальный институт предстает в виде системы норм и правил, которые регулируют деятельность института в обществе, акцент делается на исследованиях, прежде всего, нормативно-регулируемого поведения и деятельности людей, социальных общностей. «Социальная норма, – как справедливо отмечает Г.Е. Зборовский, – является важным элементом социального института, выступающим как средство регуляции поведения социального субъекта, как образец действия, как общепризнанное правило, соблюдение которого обеспе-

⁸ *Кирдина С. Г.* Позволяют ли новые институциональные теории понять и объяснить процессы преобразований в современной России? // Социол. иссл. 2001. № 2. С. 14.

⁹ См.: *Зборовский Г. Е.* Общая социология. Екатеринбург, 2003; Социология. Основы общей теории: учеб. пособие / Г. В. Осипов и др. / Под ред. Г. В. Осипова и Л. Н. Москвичева. М., 1996; *Волков Ю. Г.* и др. Социология: учебник / Под ред. Ю. Г. Волкова. М., 2003 и др.

¹⁰ См.: *Кораблева Г. Б.* Профессия и образование: социологический аспект связи. Екатеринбург, 1999; *Лейман И. И.* Наука как социальный институт. Л., 1971; *Мацковский М. С.* Социология семьи: проблемы теории, методологии, методики. М., 1989; *Филиппов Ф. Р.* Социология образования. М., 1980; *Харчев А. Г.* Социология семьи: проблемы становления науки. М., 2003.

¹¹ *Решетников А. В.* Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М., 2002; *Решетников А. В.* Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М., 1998.

чивает упорядоченность, стабильность общества и его структуру»¹². Важным моментом, как нам кажется, для реализации данного подхода является наличие определенной системы контроля за соблюдением данных правил и норм. Иногда в определении института не упоминаются механизмы контроля, в этом случае имплицитно предполагается, что такая система существует.

К числу наиболее значимых характеристик нормы следует отнести ее устойчивость. Она существует независимо от желаний, потребностей и действий отдельных субъектов, включенных в деятельность института. Однако социальные, экономические, политические процессы в обществе создают условия для «пересмотра» нормы, что приводит к ее изменению при участии значительного числа субъектов и использовании социальных механизмов.

Нормы могут иметь как формальный, так и неформальный характер. Формальные нормы, как правило, опираются на нормативно-правовую основу, а санкции за неисполнение данных норм имеют жесткий характер. Что касается неформальных норм, то их скорее можно назвать некими правилами, обычаями (т.е. это то, что является обычным, повседневным), а санкции выступают, прежде всего, в форме моральных поощрений, наказаний и пр.

Такое теоретико-методологическое видение сущности социального института может служить одним из базовых методологических принципов нашего исследования, поскольку обязательное медицинское страхование выступает нормативным институтом, деятельность которого регулируется сводом законодательных актов и постановлений как на федеральном, так и на региональном и местном уровнях. Кроме того, важен, и далее в работе мы попытаемся его охарактеризовать, процесс социального функционирования норм как формальных, предписанных, так и неформальных, которые, на наш взгляд, активно пронизывают деятельность практически любого института.

Интересен подход к анализу социальных институтов, заявленный авторским коллективом под руководством Ю.Г. Волкова, который включает в характеристики социального института культурные модели. «Совокупность культурных моделей (свод правил, ценностей, символов) устанавливает поведение, ожидаемое от нас как от конкретного лица... по отношению к другим лицам...»¹³. По сути, авторы рассматривают нормы как стандартные

¹² *Зборовский Г. Е.* Указ. соч. С. 416.

¹³ *Волков Ю. Г.* и др. Указ. соч. С. 157.

решения, образцы, называя их культурными моделями, служащими «ориентиром при решении проблем общественной жизни»¹⁴.

Нужно признать, что правомерно поставить вопрос о возможности существования социокультурного подхода к анализу социальных институтов. Думается, что в русле такого анализа социальный институт предстает как социокультурный феномен; основную методологическую нагрузку в анализе будут нести категории ценности, культурная регуляция человеческой деятельности, культурные нормы и др. Вероятно, можно попытаться реализовать данный подход, однако, обращаясь к предмету нашего анализа, нам ближе более традиционный взгляд на социальный институт.

Представленные выше подходы между тем раскрывают сущность социального института как системы: системы норм, системы культурных моделей. Что же представляет собой система и можно ли анализировать социальный институт как систему? Ответ на данный вопрос очевиден. Системный подход как методологическая концептуальная матрица, сквозь призму которой возможен исследовательский анализ, позволяет «увидеть» всю совокупность элементов, из которых «состоит» институт, связи между ними, роль каждой составляющей в процессе существования и развития системы. Система есть нечто закрепленное в пространстве и во времени, выполняющее определенную функциональную нагрузку. Система – устойчивое образование, связь между внутренними элементами системы значительно плотнее, нежели с элементами внешней среды, причем такая связь имеет не только бинарный характер, но и обладает многосторонностью в широком спектре взаимодействий.

Структуризация системы предполагает наличие связанных между собой элементов, каждый из которых имеет свою смысловую нагрузку. Несомненно, для исследователя вполне возможен анализ отдельных элементов, однако целостного представления о данной системе не будет.

Возможности системного подхода к институту представляются довольно перспективными, исследовательский анализ нам видится в следующих направлениях:

- структурный, характеризующий структурные компоненты института как системы;
- функциональный, выявляющий функции различного порядка;
- комплексный, описывающий институт как систему в про-

¹⁴ Волков Ю. Г. и др. Указ. соч. С. 157.

странстве и во времени, ее функциональное назначение и системообразующие связи между элементами.

Мы не претендуем на универсальность выделенных нами теоретических конструктов при анализе системы, поскольку понимаем, что система – это сложное, многоуровневое социальное явление.

Институт как система предстает, как уже отмечалось выше, в виде системы норм, среди которых целесообразно выделить основные базисные нормы, регламентирующие деятельность института, – нормы первого порядка, нормы дополнительные – второго порядка, которые направлены на поддержание первых норм. Это формальные нормы. Так, обязательное медицинское страхование функционирует, опираясь на нормативную базу, заложенную в Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», другими словами, современное здравоохранение опирается на бюджетно-страховые принципы медицинского обслуживания населения. Реализация этих принципов на федеральном, региональном и местном уровнях, характер взаимодействия субъектов, включенных в институт, регламентация их прав и обязанностей – это нормы второго порядка, которые направлены на повышение эффективности деятельности института. Неформальными нормами мы стали бы считать, прежде всего, морально-нравственные нормы, которые «обволакивают» институт и взаимодействующих в нем субъектов. Морально-нравственные нормы – это те образцы, которые «работают» в процессе взаимодействия субъектов, например, благодарность врачу в форме подарка от застрахованного (пациента) за эффективное лечение.

Институт как система может включать в себя не только систему норм, но и систему санкций, систему контроля, систему взаимодействий социальных общностей, ролевую систему, организационную систему и т.д. В целом, исследование института как системы, прежде всего, норм характерно для представителей экономической науки (Т. Эггертссон, Г.Б. Клейнер, Д. Норт, А.И. Олейник и др.).

Социальные институты как системы включены в институциональную систему общества. Мы имеем в виду, что, с одной стороны, институт предстает как система, а с другой стороны, является подсистемой системы институтов социума. Общество институционализировано, пронизано различными социальными институтами, каждый из которых имеет свое функциональное назначение. Институты взаимодействуют друг с другом, а индивиды, вы-

ступая в различных социальных ролях, постоянно включаются то в один, то в другой социальный институт. Таким образом, общество представляет институциональный каркас, образующий целостную систему, а индивиды имеют свои «маршруты» перемещения и взаимодействия.

В социологической науке наиболее широко распространен деятельностный подход к анализу социальных институтов. «Социальный институт – относительно устойчивые типы и формы социальной практики, посредством которых организуется общественная жизнь, обеспечивается устойчивость связей и отношений в рамках социальной организации общества»¹⁵. Данное определение представляет в общем виде категорию института, показывая, что, с одной стороны, жизнедеятельность людей в обществе протекает в рамках различных социальных институтов, с другой стороны, общество развивается, опираясь на деятельность и взаимодействия людей; вне институциональной жизни эффективное функционирование и развитие общества невозможно. Люди вступают в разнообразные социальные связи и социальные взаимодействия внутри социальных институтов, которые регламентируют их социальные отношения.

Авторы «Учебного социологического словаря» характеризуют социальные институты как «относительно устойчивые типы и формы социальной деятельности и структурные компоненты социальной системы, отличающиеся устойчивой внутренней структурой, интегрированностью своих элементов, многообразием и динамичностью своих функций»¹⁶, тем самым, в русле деятельностного подхода, подчеркивая, что институт – это еще и структурный компонент социальной системы. Различные деятельностные практики, которые можно отнести к институциональным образованиям, в совокупности социальных связей и отношений образуют некую целостность, которую можно называть социальной системой. Отсюда особое значение в рамках институционального подхода приобретает анализ взаимодействий институтов.

Особого внимания заслуживает концепция институциональных матриц, предложенная новосибирским социологом С.Г. Кирдиной. Автор понимает под институтами «глубинные, исторически устойчивые и постоянно воспроизводящиеся социальные отношения,

¹⁵ Российская социологическая энциклопедия / Под ред. Г. В. Осипова. М., 1999. С. 157.

¹⁶ Учебный социологический словарь с английскими и испанскими эквивалентами / Под ред. С. А. Кравченко. М., 2001. С. 141.

обеспечивающие интегрированность разных типов обществ»¹⁷. Это определение базовых институтов, которые «позволяют обществу выживать и развиваться, сохраняя свою самодостаточность и целостность в ходе исторической эволюции независимо от воли и желания конкретных социальных субъектов»¹⁸.

С.Г. Кирдина выделяет две основные институциональные матрицы: восточную и западную, в русле которых функционируют базовые институты, которые, в свою очередь, «разведены» по сферам: экономика, политика, идеология. Наряду с базовыми институтами сосуществуют комплементарные институты, они «носят вспомогательный, дополнительный характер, обеспечивая устойчивость институциональной среды»¹⁹. Следуя теоретико-методологическим идеям С.Г. Кирдиной, предполагаем, что институт страхования выступает одним из базовых институтов, а обязательное медицинское страхование – одним из комплементарных институтов, поддерживающим непрерывность функционирования страхования в целом. Сам автор не рассматривает данный институт как базовый, за пределами ее исследовательского внимания остаются и другие, на наш взгляд, базовые институты общественного устройства – образование, профессия, наука, культура. Возможно, данная концепция несколько ограничивает понимание того многообразия институтов, социальных связей и систем, которые функционируют в обществе, являются регуляторами общественной жизни и воспроизводят социальные отношения. Тем не менее, эта авторская модель притягивает внимание своей логичностью, последовательностью и, в то же время, простотой и доступностью для понимания. Макросоциологический уровень концепции, заявленный С.Г. Кирдиной, позволяет увидеть и сравнить различные институциональные матрицы, под которыми автор понимает устойчивые исторически сложившиеся системы «базовых институтов, регулирующих взаимосвязанное функционирование основных общественных сфер – экономической, политической и идеологической»²⁰.

Дальнейшая реализация такого теоретико-методологического конструкта видится нам в следующих направлениях. Социетальный уровень – это исторически сложившиеся базовые институты об-

¹⁷ Кирдина С. Г. Институциональные матрицы и развитие России. Новосибирск, 2001. С. 47.

¹⁸ Там же. С. 47.

¹⁹ Там же. С. 69.

²⁰ Там же. С. 59.

публичного устройства, причем сферы их функционального поля должны быть расширены и включить в себя собственно социальную сферу. Социальный уровень – институты второго порядка, дополняющие первые и «помогающие» функционировать базовым институтам в обществе. Так, с одной стороны, институт страхования относим к числу базовых институтов, а институт медицинского страхования – это институт второго порядка, в котором реализуются базовые нормы, однако он имеет свою специфику, касающуюся здоровья индивида. С другой стороны, институт страхования дополняется институтом обязательного страхования, в частности обязательного медицинского страхования, через который государство гарантирует минимальный объем бесплатных медицинских услуг населению.

Социальный институт в социологической науке предстает в виде формы организации общественной жизни людей, системы норм и санкций, системы взаимодействий социальных общностей, включенных в орбиту его деятельности, системы учреждений и организаций. В представленном выше обобщающем определении можно увидеть признаки, характерные для любого социального института, а именно: систему норм и санкций, систему взаимодействия социальных общностей, систему учреждений и организаций. Институт имеет свою определенную сферу, в рамках которой и осуществляются связи и взаимодействия.

Социальные институты не являются застывшими образованиями, они постоянно развиваются, трансформируются, преобразуются; на место старых институтов приходят новые. Так, обязательное медицинское страхование для современного российского общества – новый институт, его возраст можно охарактеризовать как младенческий – ему чуть больше десяти лет. В период формирования российского общества институт здравоохранения не был упразднен, но «внутри» него «родился» другой институт – медицинское страхование.

Г.Б. Кораблева, разделяя институты общества на традиционные и современные, пишет: «Современные институты – достижение индустриального и перспектива постиндустриального, информационного общества»²¹. К числу отличительных черт современных институтов автор относит открытость, возрастание уровня формализации и «бюрократизации», массовость, демократичность, до-

²¹ Кораблева Г. Б. Указ. соч. С. 35.

стиженческую направленность, интернациональный характер²². Идеи, предложенные Г.Б. Кораблевой, отличает не только оригинальность, но и «работоспособность». Остановимся на некоторых из предложенных автором принципах и раскроем их сущность в отношении института обязательного медицинского страхования.

Институт обязательного медицинского страхования предстает в виде открытой системы, ориентированной на взаимодействие с внешней средой, другими институтами общества. Так, для реализации норм и принципов требуется активное взаимодействие с институтом здравоохранения, поскольку именно данный институт включает в область своей деятельности профилактику и лечение различного рода заболеваний, а страхование позволяет получить необходимую медицинскую помощь даже в условиях финансового дефицита для застрахованного пациента. Институт ОМС активно взаимодействует с институтом государства, ибо государство регламентирует и регулирует, опираясь на законодательную базу, отношения субъектов страхового поля. Также институт ОМС связан с институтом права, ибо защита правовых интересов застрахованных реализуется через органы судебной власти, а нарушения в этой сфере могут привести к наступлению как административной, так и уголовной ответственности.

Организационная структура института обязательного медицинского страхования отличается жесткой иерархичностью и формализацией, поскольку любое взаимодействие в институте опирается на нормативные инструменты, регулирующие права и обязанности субъектов страхового поля, уровень их ответственности. Здесь представлены страховые медицинские организации, которые «берут на себя» функции контроля за выполнением норм и принципов страхования, а также санкционируют деятельность других субъектов. Эти социальные связи и взаимодействия согласовываются с территориальными фондами ОМС и их филиалами, а также с Федеральным фондом ОМС.

Институт обязательного медицинского страхования отличает массовый характер. Рождение маленького человечка требует от родителей не только его регистрации в органах ЗАГСа, но и обязательное получение страхового полиса ОМС, без которого бесплатное медицинское обслуживание невозможно. Практически все население современного российского общества охвачено обязательным медицинским страхованием, т.е. включено в данный инс-

²² *Кораблева Г. Б.* Указ. соч. С. 35–37.

титут, однако реализация предписанной социальной роли застрахованного происходит в момент обращения за медицинской помощью.

Для современного общества характерно многообразие социальных институтов, причем усложняется их структура, расширяется функционально-целевое поле деятельности. Одна и та же потребность может быть удовлетворена в рамках нескольких институтов, а один и тот же институт может удовлетворять различные потребности. Если обратиться к обязательному медицинскому страхованию, то мы увидим, что потребность в медицинской помощи реализуют институты нетрадиционной медицины, добровольного медицинского страхования. В ОМС индивиды реализуют и другие потребности, например потребность в социальной защищенности и безопасности. В целом, можно говорить о том, что один институт может быть полифункциональным, а несколько институтов могут выполнять одну и ту же функцию.

Вместе с тем, всем социальным институтам присущи общие функции, эффективная реализация которых должна привести к некоторому социальному порядку в жизнедеятельности социума. К числу таких функций можно отнести регулятивную, организационную, интегративную, коммуникативную функции. Они (функции) характерны для любого социального института, однако каждый институт обладает и своими, присущими ему функциями. Так, институт ОМС, например, реализует функцию социальной защиты, удовлетворяя потребности индивида в получении бесплатной (для него) качественной медицинской помощи. Это явная функция обязательного медицинского страхования. Для социологического анализа более важным представляется анализ латентных (скрытых) функций института, а также дисфункциональных изменений, которые в итоге приводят к кризису функционирования института в целом.

Латентные функции – функции скрытого порядка, они неявные и зачастую имеют некоторую негативную окраску. Латентной функцией института обязательного медицинского страхования можно считать «двойную» оплату медицинских услуг, а именно: со стороны потребителя услуги – пациента, застрахованного в системе ОМС, и со стороны страховых медицинских организаций, которые финансируют оплату определенного рода медицинских услуг в конкретных медицинских учреждениях. Другими словами, одна и та же услуга оплачивается «дважды», причем пациенты зачастую не информированы об этом, а лечебно-профилактические учреж-

дения, несмотря на жесткий контроль со стороны территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций, «зарабатывают» таким образом финансовые средства. Эта латентная функция ведет к дисфункционированию обязательного медицинского страхования, переставая удовлетворять потребности пациентов в получении гарантированной государством бесплатной медицинской помощи. Это один из аспектов современного дисфункционального состояния обязательного медицинского страхования, более подробный анализ которого будет представлен чуть ниже.

Исследование латентных функций, а также дисфункций института способствует не только описанию современного состояния института, но и формированию управленческих программ, направленных на оптимизацию и реформирование института, его эффективное функционирование.

Институциональный подход к анализу современных явлений в общественном укладе России видится довольно перспективным, поскольку затянувшийся кризис привел к трансформации институтов, усилил процессы их интеграции и дифференциации. В фокусе нашего исследовательского интереса оказывается обязательное медицинское страхование как перспективный, молодой, современный и один из самых массовых институтов российского общества.

1.2 Обязательное медицинское страхование как институт общества

Социологический анализ обязательного медицинского страхования как института общества требует обращения к сущности понятия «страхование». В словарях и социологических энциклопедиях, вышедших за последнее десятилетие в России, мы не встретили социологического определения страхования, возможно, интерес социологов к данной проблеме только начинает формироваться, хотя следует признать, что страхование – одно из актуальных социальных явлений современного общества. Социологическая литература также небогата исследованиями в этой сфере. Вместе с тем, сегодня появилось очень много учебников и учебных пособий, касающихся страхования, поскольку курс «страхование» введен в учебные планы высших учебных заведений при подготовке специалистов в области экономики.

Первоначальный смысл понятия «страхование», как отмечает ряд авторов (И.Т. Балобанов, А.А. Миронов, А.М. Таранов и др.), связан со словом «страх». Руководствуясь страхом, человек стре-

мится «передать» его другому (другим), получая тем самым некую защиту. «На этой почве закономерно возникла идея возмещения материального ущерба путем солидарной замкнутой его раскладки между заинтересованными владельцами имущества»²³. Чем большее количество людей участвует в такой раскладке, тем меньшая доля финансовых средств приходится на каждого участника.

В процессе эволюции от натурального страхования к страхованию в денежной форме оно превратилось в универсальный механизм защиты имущественных интересов людей. Социально-экономическая сущность страхования состоит в групповом (коллективном) создании денежных фондов для возмещения убытков отдельным лицам при наступлении страхового случая. «Фонды возмещения убытков создаются многими участниками, подверженными страховым рискам, расходуются они на возмещение убытков только пострадавшим. Создание таких фондов (их называют страховыми) и управление ими давно перестало носить стихийный характер и превратилось в распространенную отрасль экономической деятельности»²⁴.

Страхование отечественными исследователями рассматривается, прежде всего, как экономическая категория, связанная с производством, распределением, обменом и потреблением. «Оно связано с возмещением материальных потерь, что служит основой для непрерывности и бесперебойности процесса воспроизводства. Возмещение потерь осуществляется в денежной форме, поэтому производственные отношения, лежащие в основе страхования, проявляются через оборот денег, т.е. через денежные отношения. Поэтому страхование относится к системе финансов»²⁵.

Страхование в Законе РФ «Об организации страхового дела в РФ» трактуется как отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий). Согласно закону страхование также предстает скорее как экономическая категория, поскольку отношения в данном ракурсе следует трактовать именно как экономические, денежные, связанные финансовой сферой.

²³ *Миронов А. А., Таранов А. М., Чейда А. А.* Медицинское страхование. М., 1994. С. 8.

²⁴ *Гинзбург А. И.* Страхование. СПб., 2004. С. 12.

²⁵ *Балобанов И. Т., Балобанов А. И.* Страхование. СПб., 2002. С. 46.

Страхование, вместе с тем, является одним из важных социальных институтов, основной функционал которого лежит в поле социальной защиты и безопасности индивида и социальных групп. Страхование является одним из институтов воспроизводства общественных отношений и структуры общества, инструментом разрешения конфликтов и снижения напряженности, что в целом способствует стабилизации и развитию общества в целом. Страхование ориентировано на интеграцию индивидов, социальных групп, реализуя их потребности и интересы. Социальная значимость института страхования не вызывает сомнений, причем мы считаем, что страхование выступает одним из базовых институтов общества наряду с образованием, культурой, производством. Нормы этого института уходят корнями в глубокую древность.

Раскрывая социальную сущность института страхования, следует определить его место в институциональном пространстве. Речь идет о типологии институтов. Одной из наиболее интересных классификаций институтов, в основу которой положено функциональное основание, является типология, предложенная в английском словаре по социологии²⁶. Согласно данному основанию институты сгруппированы таким образом:

- экономические институты, которые служат производству и распределению ценностей и услуг;
- политические институты, которые регулируют их использование и связаны с властью;
- институты стратификации, детерминирующие распределение позиций и ресурсов;
- институты родства, связанные с браком и семьей и социализацией молодежи;
- культурные институты, связанные с религиозной, научной и художественной деятельностью.

Предложенная типология позволяет отнести институт страхования к одному из экономических институтов, который служит распределению ценностей и благ. Институт не только регламентирует деятельность людей в данной сфере, но и интегрирует их в единую общность интересов, которые направлены на воспроизводство существующих социальных связей и отношений.

В основу классификации, предложенной А.И. Кравченко, положены фундаментальные базовые общественные потребности²⁷.

²⁶ См.: *Зборовский Г. Е.* Указ. соч. С. 424.

²⁷ *Кравченко А. И.* Социология: Словарь. М., 1997. С. 169–170.

Так, автор выделяет:

- потребности в воспроизводстве рода (институт семьи и брака);
- потребности в безопасности и социальном порядке (политические институты и государство);
- потребности в добывании средств существования (экономические институты, производство);
- потребности в передаче знаний, социализации подрастающего поколения, подготовке кадров (институты образования в широком смысле, в том числе включая науку и культуру);
- потребности в решении духовных проблем, смысла жизни (институт религии).

Согласно данной типологии страхование (поскольку этимология слова включает такое понятие, как страх) следует отнести скорее к той группе социальных институтов, которые возникают и функционируют, реализуя потребность в безопасности. Ведь именно страх «двигал» людей к созданию фондов и касс, которые компенсировали убытки. Человек «передавал» свой страх другим или распределял его среди других участников, тем самым обеспечивая себе некую безопасность. В этой связи следует обратиться к теории потребностей, разработанной А. Маслоу, который предложил расположить потребности в виде строгой иерархической структуры. Потребности в безопасности и защищенности – первичные потребности индивида, а страхование можно считать одним из механизмов реализации потребности уверенности в будущем.

Страхование можно также рассматривать как средство существования, которое начинает «работать» опять же при определенных условиях, а именно: при страховании и наступлении страхового случая. Вместе с тем, практика общественной жизни показывает, что застрахованные, в силу ряда причин, могут спровоцировать наступление страхового случая, и страхование вполне оправданно может выступать как постоянное финансовое средство. В институте страхования, таким образом, реализуются две группы базовых потребностей: потребность в безопасности и потребность в добывании средств существования.

Интересна, на наш взгляд, типология институтов, которую предлагает Т. Парсонс. Заложив в основу типологии контролирующие действия человека факторы, Т. Парсонс разделяет институты на три группы:

- ситуационные институты или стандарты; таковыми оказываются организации ролей вокруг аспектов ситуаций, в которых находятся акторы и социальные системы;

- инструментальные институты, сформированные для достижения вполне определенных целей;

- интегрирующие институты, которые ориентированы прежде всего на регуляцию отношений индивидов с целью избежать конфликтов или добиться позитивной кооперации²⁸.

Интерес этой концепции для нас заключается в том, что с ее позиции страхование может быть рассмотрено как институт, который отвечает принципам любой из выделенных групп. Так, институт страхования зарождался именно как ситуационный институт, реализующий частные потребности индивида по принципу «здесь и сейчас». Включение индивида в страховое поле предписывало ему вполне конкретное ролевое поведение: внести страховой взнос на определенный страховой случай. Страхование выступает и инструментальным институтом, ибо существует для страхования индивида от рисков, предотвращения, уменьшения отрицательных последствий некоторых событий. Страхование – это и интегрирующий институт, это особенно проявляется на уровне обязательного страхования, которое предписано действующим законодательством. Обязательное страхование позволяет за счет интеграции различных организационных структур и индивидов снизить конфликтность и прийти к консенсусу, интегрировать общее позитивное начало для успешной и эффективной совместной деятельности.

В словаре «Современная западная социология», в зависимости от сферы деятельности и функционирования, предложены следующие группы институтов²⁹:

- реляционные, определяющие ролевую структуру общества в системе отношений;

- регулятивные, определяющие допустимые рамки независимых по отношению к нормам общества действий во имя личных целей и санкции, карающие за выход за эти рамки;

- культурные, связанные с идеологией, религией, искусством и т.д.;

- интегративные, связанные с социальными ролями, ответственными за обеспечение интересов социальной общности как целого.

²⁸ Парсонс Т. О структуре социального действия. М., 2000. С. 407–408.

²⁹ Современная западная социология: Словарь. М., 1990. С. 117.

Такой взгляд на типологизацию институтов, предложенный в энциклопедии, представляется довольно дискуссионным. В чем принципиальное отличие первой и последней групп институтов? Неужели культурные институты не формируют роли и статусы? И к какой группе следует отнести страхование?

Страхование, по нашему мнению, это скорее инструментальный институт (по Парсонсу), деятельность которого направлена на достижение конкретных целей. Обязательное медицинское страхование также выступает инструментальным институтом, регулирующим взаимодействие субъектов, выравнивая стартовые возможности в сфере получения медицинской помощи.

Для определения сущности обязательного медицинского страхования следует обратиться к видам страхования.

По объекту страхования, согласно ст. 4 Закона РФ «Об организации страхового дела в РФ», выделяют: личное страхование, связанное с жизнью, здоровьем, трудоспособностью и пенсионным обеспечением; имущественное страхование, связанное с владением, пользованием, распоряжением имуществом; страхование ответственности, связанное с возмещением страхователем причиненного вреда личности или имуществу физического лица, а также вреда, причиненного юридическому лицу. Обязательное медицинское страхование следует отнести к личному виду страхования, поскольку оно связано со здоровьем и трудоспособностью индивида.

По форме страхование подразделяется на обязательное и добровольное. Специфика обязательного страхования заключается в том, что оно осуществляется в силу закона. Виды, условия и порядок проведения обязательного страхования определяются соответствующими законами Российской Федерации (ст. 3 Закона РФ «Об организации страхового дела в РФ»). При данном виде страхования принципиально меняется социальная роль страхователя и страховщика: страхователь обязан заключить договор страхования, а страховщик – принять на себя страховую ответственность. Обязательное медицинское страхование – это страхование, которое должно полностью охватывать определенную группу людей, имеющую «страховой признак» в соответствии с законом.

Обязательное медицинское страхование – это страхование на случай потери здоровья. Здесь речь идет о тех сферах, в которые включен или желает быть включенным индивид в процессе своей жизнедеятельности. «Медицинское страхование – совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат в размере частичной или

полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных обращением застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования»³⁰. Целью медицинского страхования выступает получение медицинской помощи при возникновении данной потребности.

Авторы монографии «Медицинское страхование» Ю.П. Лисицын, В.И. Стародубов и Е.Н. Савельева разделяют страхование на коммерческое и некоммерческое³¹. К последнему они относят социальное страхование и обязательное медицинское страхование как часть социального страхования. Обязательное медицинское страхование действительно можно считать страхованием некоммерческим, поскольку оно реализует гарантированный государством минимум медицинских услуг населению бесплатно, т.е. застрахованные в ОМС пациенты не оплачивают самостоятельно медицинские услуги, заложенные в нормативных документах.

Обязательное медицинское страхование – это составной элемент социального страхования, которое предстает в виде системы создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения граждан вследствие признания их безработными, трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, болезни, травмы, беременности и родов, потери кормильца, а также наступления старости, необходимости получения медицинской помощи, санаторно-курортного лечения и наступления иных установленных законодательством Российской Федерации социальных страховых рисков, подлежащих обязательному социальному страхованию (ст. 1. Закона РФ «Об основах обязательного социального страхования»). В соответствии с законом необходимость получения медицинской помощи выступает в виде социального риска (ст. 7), а оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи, является страховым обеспечением. В Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» (ст. 1) указывается, что обязательное медицинское страхование выступает частью государственного социального страхования и обеспечивает гражданам полу-

³⁰ Шихов А. К. Страхование. М., 2000. С. 240.

³¹ Лисицын Ю. П., Стародубов В. И., Савельева Е. Н. Медицинское страхование. М., 1995. С. 7.

чение медицинской помощи. Государство закрепляет правовой статус обязательного медицинского страхования как части системы обязательного социального страхования.

Таким образом, обязательное медицинское страхование – это:

- страхование обязательное;
- страхование медицинское;
- страхование личное;
- страхование некоммерческое;
- страхование социальное.

Вышеизложенное позволяет определить те принципы, на которых базируется современное обязательное медицинское страхование в России:

- всеобщность, массовость – все граждане России независимо от пола, возраста, уровня доходов, места жительства должны быть застрахованы в ОМС;

- государственный характер – все средства обязательного медицинского страхования находятся в собственности у государства;

- страховые отношения (сумма страхового взноса, договора и т.п.) осуществляются, опираясь на законодательную базу;

- социальная справедливость – платежи перечисляются на все население, однако их использование осуществляется при обращении индивида за медицинской помощью – «здоровый платит за больного»; объем предоставляемой медицинской помощи не зависит от уровня материального положения застрахованного – «богатый платит за бедного»;

- натуральная форма страхования – выплаты при наступлении страхового случая предоставляются не в денежной форме, а в натуральной, в виде оказания медицинской помощи;

- бессрочность – страхование осуществляется на протяжении всей жизни индивида;

- действие независимо от внесения страховых платежей – даже при задержках страховых отчислений страхователем медицинская помощь будет предоставляться бесплатно в силу обязательств со стороны государства.

Обязательное медицинское страхование предстает в виде:

- а) института/субинститута страхования в целом;
- б) института/субинститута социального страхования;
- в) института/субинститута медицинского страхования.

Сущность обязательного медицинского страхования заключается в том, что любой индивид может получить бесплатные медицинские услуги и лекарственную помощь в рамках специально

разработанной Программы государственных гарантий. В рамках Программы бесплатно предоставляются:

1) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни и здоровью гражданина или окружающих его лиц;

2) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому;

3) стационарная помощь:

- при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах;
- при патологии беременности, родах, абортах;
- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации.

При оказании скорой медицинской и стационарной помощи осуществляется бесплатная лекарственная помощь.

Обязательное медицинское страхование является и институтом общества, и социальной организацией. Г.Б. Кораблева предпринимает попытку разделения понятий социальной организации и института как социальных явлений, считая, что значительная часть авторов «приходит к отождествлению этих понятий и рассматривает их как однопорядковые»³². Автор обосновывает такую методологическую подмену следующим образом: «любой социальный институт должен быть соответствующе организован, а деятельность любой организации институционализирована...»³³.

Для дальнейшего институционального анализа обязательного медицинского страхования важно подробнее остановиться на идеях Г.Б. Кораблевой, поскольку мы предпринимаем попытку обосновать функционирование ОМС именно как формального института, имеющего собственное организационное оформление. Итак, по мнению Г.Б. Кораблевой, и институт, и организация способствуют удовлетворению общественной потребности, однако характер и уровень этих потребностей различен. «Потребности, удовлетворяемые институтами, имеют социальный характер, тогда как деятельность организаций более конкретизирована сферой деятельности, характером и масштабом решаемых задач, ориентацией на получение конкретного заданного результата»³⁴.

³² *Кораблева Г. Б.* Указ. соч. С. 29.

³³ Там же. С. 29.

³⁴ Там же. С. 32–33.

Рассмотрим обязательное медицинское страхование в рамках данного утверждения. На первый взгляд, может показаться, что обязательное медицинское страхование выглядит только как социальная организация, созданная в сфере здравоохранения, однако в рамках ОМС реализуются разноуровневые потребности: на уровне общества – потребность в здоровом индивиде, потребность в социальной защите и снижении напряженности; на индивидуальном уровне – потребность в получении медицинской помощи, потребность в качественном медицинском обслуживании.

Для институтов нормы, стандарты, правила, образцы поведения, отмечает Г.Б. Кораблева, «выступают результатами деятельности, для организаций – условием достижения организационной цели, организационных задач»³⁵. Данное утверждение весьма дискуссионно и связано с институтогенезисом.

А.Н. Олейник считает, что институты имеют революционный вариант развития, заключающийся «в попытках изменить прежде всего формальные рамки, ориентируясь на уже известные образцы. Речь идет об импорте формальных институтов, уже доказавших свою эффективность в обеспечении взаимодействий, и отхода на этой основе от тупиковой траектории институционального развития»³⁶. Автор обозначает три вида изменения формальных рамок. Во-первых, институты могут строиться в соответствии с некой идеальной моделью; во-вторых, могут воспроизводить образцы, существовавшие в истории данной страны, но исчезнувшие в процессе исторической эволюции общества (именно это утверждение напрямую связано с возрождением медицинского страхования в современной России, что мы и изложим далее в работе); в-третьих, формальные институты могут строиться по образцам, существующим в других странах³⁷. Таким образом, мы утверждаем, вслед за А.Н. Олейником, что социальные институты могут возникать и развиваться как эволюционно – в ходе исторического развития и дифференциации общества, так и революционно, когда государство начинает играть принципиально новую роль, создавая условия для функционирования и развития института.

Остановимся еще на одном утверждении Г.Б. Кораблевой, считающей, что для институтов характерны цели-функции, т.е. их (институтов) возникновение, функционирование и развитие связа-

³⁵ *Кораблева Г. Б.* Указ. соч. С. 33.

³⁶ *Олейник А. И.* Указ. соч. С. 202.

³⁷ Там же. С. 202–203.

но с определенным предназначением в обществе в целом. «Социальные организации характеризуют, прежде всего, цели-задачи, связанные с конкретными видами деятельности и достижением конкретного результата»³⁸. Принимая во внимание данную идею и соглашаясь с ней, будем утверждать, что цели института обязательного медицинского страхования заключаются, прежде всего, в социальной защите населения и регулировании социального неравенства при получении медицинской помощи, т.е. речь идет о сохранении и дальнейшем развитии доступной системы медицинского обслуживания.

Институт обязательного медицинского страхования имеет организационную структуру: на федеральном уровне – Федеральный фонд ОМС, на региональном уровне – территориальные фонды ОМС и их филиалы, а также страховые медицинские организации. Деятельность их строго регламентирована нормативно-правовой базой. Регламентация также затрагивает и систему взаимодействий основных субъектов, в числе которых застрахованные, страховщики, страхователи и исполнители медицинских услуг. Указанные субъекты обязательного медицинского страхования, с позиций социологии, выступают и социальными общностями. Застрахованных, страхователей и страховщиков следует отнести к специфическим общностям, которые сформировались в ходе эволюции института страхования. Исполнители медицинских услуг, иначе, врачи и медицинские сестры, – это социальная общность иного порядка, которую следует отнести к профессиональным общностям, становление которых имеет собственный генезис, не связанный с эволюцией института обязательного медицинского страхования.

В ходе эволюции института обязательного медицинского страхования оформляются и распределяются социальные роли общностей. Так, страхователи должны перечислить страховой взнос на ОМС, который включен в единый социальный налог, страховщики должны застраховывать граждан и оплатить медицинскую помощь при наступлении страхового случая, застрахованные обязаны получить страховой медицинский полис, на основании которого медицинские учреждения должны предоставить медицинское обслуживание. Появляется собственная система норм и санкций, которая присуща только институту обязательного медицинского страхования. Нормы актуализируются и приобретают новое звучание для современного общественного устройства.

³⁸ *Кораблева Г. Б.* Указ. соч. С. 34.

Государство гарантирует минимальный набор медицинских услуг, но это не означает, что здравоохранение отказывается оказать медицинскую помощь, выходящую за рамки Программы государственных гарантий. Дополнительное медицинское обслуживание регламентируется деятельностью еще одного института здравоохранения – института добровольного медицинского страхования, и социальные роли основных общностей, включенных в деятельность этого института, уже иные.

Система санкций включает ответственность страхователя за своевременное отчисление страховых взносов, ответственность страховых медицинских организаций-страховщиков за контроль и распределение ресурсов, и, пожалуй, самое главное – это ответственность медицинских работников, включающая уголовную и административную ответственность. В настоящее время функционирование обязательного медицинского страхования регулируется нормами Гражданского, Налогового и Бюджетного кодексов РФ, а также специализированными законами и подзаконными актами в сфере охраны здоровья, медицинской помощи, страховой деятельности.

Институт обязательного медицинского страхования основывается, прежде всего, на социальном регулировании системы взаимодействия, которая опирается на установленные образцы и нормы поведения. В институте ОМС механизмы регуляции приобретают более жесткий и обязывающий характер, что обеспечивает регулярность, большую четкость, высокую предсказуемость, надежность функционирования и самовозобновляемость социальных связей.

Функциональное поле института обязательного медицинского страхования – это, по сути, содержательно-целевое назначение института в обществе. И здесь следует особо подчеркнуть важный момент. Обязательное медицинское страхование реализует потребности на двух уровнях: на уровне общества и на уровне личности. Общественная ценность ОМС заключается в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий независимо от социально-демографических, статусно-ролевых характеристик индивида, на личностном уровне в ОМС личность реализует потребность в получении качественной бесплатной медицинской помощи в случае заболевания.

Институт обязательного медицинского страхования реализует функции института страхования в целом, к числу которых исследователи относят рисковую, предупредительную и сберегательную

функции. Рисксовая функция выражается в возмещении риска. «В рамках действия этой функции происходит перераспределение денежной формы стоимости между участниками страхования в связи с последствиями случайных страховых событий»³⁹. Предупредительная функция связана со снижением вероятного ущерба при страховом событии. Сберегательная функция реализуется через создание «системы запасных и резервных фондов»⁴⁰.

Авторы коллективной монографии «Медицинское страхование» А.А. Миронов, А.М. Таранов, А.А. Чейда данные функции страхования «накладывают» и на обязательное медицинское страхование, пытаясь раскрыть его специфику⁴¹. Однако наиболее важным нам видится определение собственного специфического функционала обязательного медицинского страхования как самостоятельного института общества.

Считаем целесообразным выделить две основные группы функций: экономические и социальные. Институт обязательного медицинского страхования представляет собой экономическую систему (рис. 1), в которой ведущая роль принадлежит финансам: институт ОМС финансирует оказание медицинской помощи застрахованных в рамках Программы государственных гарантий.

Страхователь отчисляет страховые взносы, которые аккумулируются и перераспределяются Федеральным фондом ОМС и территориальными фондами ОМС. Страховые медицинские организации, получая финансовые средства, направляют их в медицинские учреждения, которые, в свою очередь, за счет этих средств обязаны осуществить медицинское обслуживание застрахованных.

³⁹ Балобанов И. Т., Балобанов А. И. Указ. соч. С. 49.

⁴⁰ Гинзбург А. И. Указ. соч. С. 15.

⁴¹ Миронов А. А., Таранов А. М., Чейда А. А. Указ. соч. С. 8.

Авторский коллектив выделяет следующие функции ОМС: рисксовая, защитная функция, определяющая компенсацию ущерба (в медицинском страховании – оплату лечения заболевания); предупредительная функция – финансирование за счет части средств страхового фонда мероприятий по снижению страхового риска; сберегательная функция – накопленные деньги могут быть отданы в кредит и использоваться для извлечения прибыли.

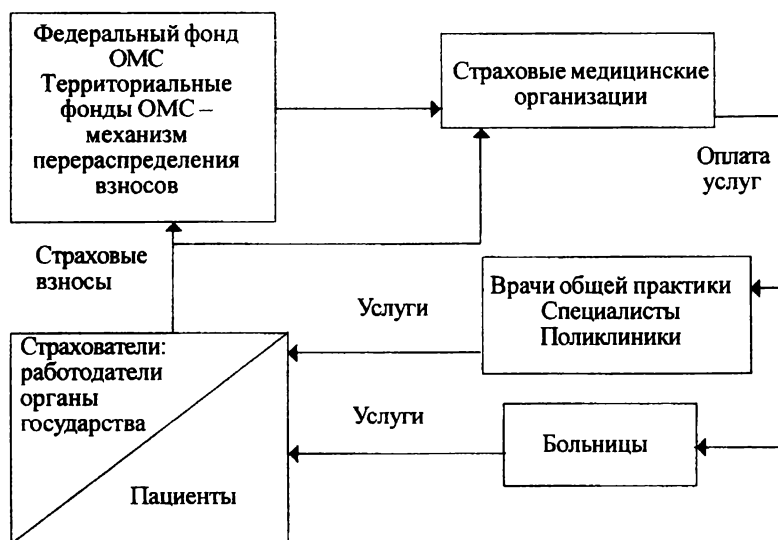


Рис. 1 Экономическая функция ОМС⁴²

Социальные функции института обязательного медицинского страхования реализуются через:

- социальную защиту;
- регулирование социального неравенства в обществе;
- снижение социальной напряженности;
- социальный контроль.

Функция социальной защиты – это, пожалуй, базовая функция института обязательного медицинского страхования. В период перехода российского общества к рыночным отношениям актуализировались проблемы социальной защищенности населения, система здравоохранения оказалась в кризисном состоянии, поскольку финансовых отчислений государства на ее даже простое воспроизводство просто не хватало. Медицинская помощь могла стать исключительно платной – за счет личных сбережений и средств населения. Включение обязательного медицинского страхования в систему здравоохранения позволило защитить наиболее уязвимые

⁴² Рисунок выполнен на основе схемы, предложенной С. В. Шишкиным. См.: *Шишкин С.В.* Экономика социальной сферы. М., 2003. С. 53.

социальные слои, повысив доступность медицинских услуг. Институт ОМС защищает застрахованных, предоставляя гарантированную бесплатную медицинскую помощь.

Усиливающееся социальное расслоение российского общества в эпоху развития рыночных отношений трансформирует социальные связи и структуры, что приводит к снижению стабильности системы в целом. В функциональном поле ОМС функция снижения социальной напряженности «отвечает» за сохранение доступной системы медицинского обслуживания населения. Стремясь «выжить» в новых условиях рынка, индивид пытается использовать все имеющиеся у него ресурсы, включая и такой, как здоровье, которое на сегодняшний день все больше приобретает инструментальный характер⁴³. Подлинная ценность здоровья осознается индивидом, как правило, в сравнении с противоположным здоровьем состоянием – болезнью. В таком состоянии индивид обращается за медицинской помощью, которую ему обязательно окажут, причем независимо от дохода, статуса, пола, возраста и т.п. И в этом заключается еще одна функция обязательного медицинского страхования – регулирование социального неравенства в обществе. И функция снижения социальной напряженности, и функция регулирования социального неравенства – это функции, направленные на стабилизацию всей системы общественных отношений, они выступают в качестве условий развития социального государства.

Функция социального контроля направлена, прежде всего, на сохранение и воспроизводство системы взаимодействий субъектов, включенных в институт ОМС, опирающейся на регламентированные нормы и принципы, права и обязанности каждого субъекта. Социальный контроль присущ любому социальному институту, однако здесь его роль усиливается, поскольку медицинская помощь касается одной из смысложизненных, витальных ценностей – ценности здоровья человека. Сбой во взаимодействии субъектов может привести к непоправимым последствиям, и ценность человеческой жизни может оказаться под угрозой.

Современное функционирование и развитие института обязательного медицинского страхования трудно назвать «беспроблемным»: институт ОМС не удовлетворяет в полной мере потребностям населения в получении доступной качественной медицинской

⁴³ См.: *Журавлева И. В.* Здоровье подростков: социологический анализ. М., 2002; *Шилова Л. С.* Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5 и др.

помощи, а нормативно-правовая база требует пересмотра и переосмысления. Институт сегодня находится в кризисном состоянии, и его «болезни» требуют уже, скорее, оперативного вмешательства.

Невысокая эффективность взаимодействия субъектов обязательного медицинского страхования приводит к тому, что застрахованные и страхователи практически не представляют, в какой институт они включены, плохо осведомлены о его работе и функционально-целевой области. Информационное просвещение и застрахованных, и страхователей остается на низком уровне, что затрудняет взаимодействие и вызывает целый спектр нарушений в сфере реализации прав.

Средства на обязательное медицинское страхование, как отмечает Ю.П. Лисицын, «поступают не полностью и с большими задержками. ...следует учесть, что потребность в медицинской помощи неработающего населения выше, чем работающего, в 1,5–2 раза, а сбор средств ОМС на работающее население в 2–3 раза ниже расчетных величин, соответствующих стоимости медицинского обслуживания с учетом инфляции. Средства, которыми располагала система ОМС на отдельных территориях, были резко отличными...»⁴⁴.

Обратимся к структуре поступлений средств обязательного медицинского страхования (табл. 1)*.

Таблица 1
Структура поступлений средств обязательного медицинского страхования в территориальные фонды ОМС⁴⁵

Год	Поступило средств всего	В том числе			
		Страховые взносы работодателей	Платежи за неработающих граждан	Доходы от использования временно свободных средств	Прочие
1993	100	91,3	2,8	3,6	2,3
1994	100	64,7	20,2	8,7	6,4

Окончание таблицы см. на след. стр.

⁴⁴ Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2002. С. 458.

* В доступных нам статистических источниках не представлены данные по обязательному медицинскому страхованию.

⁴⁵ Герасименко Н. Ф. и др. Обязательное медицинское страхование: что нужно знать медицинскому работнику. М., 2003. С. 57.

Окончание таблицы 1

Год	Поступило средств всего	В том числе			
		Страховые взносы работодателей	Платежи за неработающих граждан	Доходы от использования временно свободных средств	Прочие
1995	100	60,0	28,8	3,4	7,8
1996	100	60,5	26,3	0,6	12,3
1997	100	60,7	23,0	0,4	15,9
1998	100	62,7	23,3	0,2	13,8
1999	100	66,7	23,4	0,1	9,8
2000	100	68,1	25,7	0,2	6,0
2001	100	60,0	26,8	0,1	13,1

Доля финансирования обязательного медицинского страхования со стороны работодателей была максимальной в начале «работы» института и составила чуть более 90 % среди других финансовых источников. На сегодняшний день эта доля составляет около 60 %. Четвертая часть финансов на ОМС поступает со стороны органов исполнительной власти на неработающих граждан, причем зачастую медицинское обслуживание данной категории стоит значительно дороже, поскольку в эту группу включены люди пожилого и старого возраста, а также дети.

Трудности с поступлением финансовых средств на обязательное медицинское страхование приводят к тому, что бесплатная доступная медицинская помощь становится отнюдь не бесплатной и не всегда доступной. Несбалансированность государственных гарантий и их финансового обеспечения – одна из центральных проблем в сфере медицинского обслуживания населения. Декларируемое Конституцией РФ право граждан на бесплатную медицинскую помощь, увы, остается лишь декларацией. «Без четких оснований для разграничения финансовой ответственности государства и населения за оплату медицинской помощи, включенной в программу государственных гарантий, у государственных органов будет неизбежно возникать стремление переместить бремя финансирования гарантий с государства на самих пациентов. А это приведет к усилению дифференциации доступности медицинской помощи для

людей с разным уровнем дохода и, в конечном счете, окажет неблагоприятное воздействие на состояние всего общества»⁴⁶.

Сумма, приходящаяся на одного пациента, застрахованного в обязательном медицинском страховании (табл. 2), за семь лет увеличилась в 6 раз и составила на 2001 год 641 рубль. Однако если обратить внимание на основные финансовые источники, то в семь раз выросла сумма, приходящаяся на работающее население, и в пять раз – на неработающее. По данным Территориального фонда ОМС, из общего числа застрахованных по ОМС граждан на начало 2004 года работающие составили 40,6 %, неработающие – соответственно 59,4 %. Страховые взносы на работающее население в 2004 году составили 115,3 млрд. рублей, а на неработающее – 56,9 млрд. рублей⁴⁷. Пропорция в финансовых потоках на медицинское обслуживание незначительно изменилась: если в 2001 году четвертую часть оплачивали исполнительные органы, то в 2004 году их доля увеличилась и составила уже третью часть.

Таблица 2

**Обеспеченность населения
финансовыми средствами ОМС⁴⁸**

Год	Доходы системы ОМС на одного жителя	Страховые взносы/налоги на одного работающего	Платежи из бюджета на одного неработающего
1995	102,7	140,6	50,7
1996	150,6	201,3	69,7
1997	199,9	269,8	81,2
1998	216,4	301,2	84,3
1999	329,2	498,5	131,4

Окончание таблицы см. на след. стр.

⁴⁶ Заборовская А., Шишкин С. Трансформация гарантий получения образования и медицинской помощи в странах с переходной экономикой // Общество и экономика. 2005. № 1. С. 191.

⁴⁷ Шишкин С. В. и др. Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России. Общая характеристика // www.socpol.ru/research_projects/pdf/proj14_report.pdf

* В доступных нам статистических источниках не представлены данные по обязательному медицинскому страхованию.

⁴⁸ Герасименко Н. Ф. и др. Указ. соч. С. 59.

Окончание таблицы 2

Год	Доходы системы ОМС на одного жителя	Страховые взносы/налоги на одного работающего	Платежи из бюджета на одного неработающего
2000	495,2	930,7	190,3
2001	641,0	1064,7	253,8

Дисфункциональные нарушения института обязательного медицинского страхования связаны и с кризисным состоянием других институтов, в частности института профессии. Так, деятельность врача, работающего в системе ОМС, оплачивается недостаточно высоко, еще хуже обстоят дела у младшего медицинского персонала. В 2000 году средняя заработная плата врача была 2042 рубля, что составило 80 % от среднего уровня заработной платы в экономике. Средний медицинский персонал получал за свой труд 1167 рублей в месяц (46 % от среднего уровня заработной платы в экономике), а младший медицинский персонал (санитарки) всего 736 рублей (29 % от среднего уровня заработной платы в экономике)⁴⁹. На сегодняшний день ситуация в оплате медицинского персонала изменилась незначительно, в целом доля (%) от среднего уровня заработной платы в экономике сохраняется. Отсюда в системе медицинского обслуживания развивается практика неформальных платежей. Медицинское учреждение также испытывает финансовый дефицит и готово за одну и ту же медицинскую услугу получить средства как из системы обязательного медицинского страхования, так и из «кармана» пациента, как правило, через кассу. Медицинская услуга, таким образом, может быть оплачена даже не дважды, а трижды.

Хуже всего в такой ситуации приходится наименее обеспеченным слоям населения, когда фактически бесплатную медицинскую услугу они зачастую обязаны оплатить. Л.В. Панова и Н.Л. Русинова пишут: «Можно считать доказательным тот факт, что в современной России распределение расходов на медицинские услуги по социально-экономическим группам населения носит регрессивный характер – менее обеспеченные слои тратят большую часть своего семейного бюджета на медицинскую помощь, нежели высокодоходные группы. Люди с низким уровнем доходов гораздо

⁴⁹ См.: Здравоохранение в России: Стат. сб. / Госкомстат России. М., 2001. С. 289.

чаще, по сравнению с другими слоями общества, вынуждены отказываться от различных видов медицинских услуг в связи с нехваткой средств»⁵⁰.

Опираясь на исследования, Т.М. Максимова заключает, что основной массе больных абсолютно недоступны такие медицинские услуги, как консультации специалистов, платные операции, обследования; около 40 % населения, оплачивая услуги, ограничивают себя и членов семьи в питании, покупке необходимых вещей⁵¹. Эта проблема усугубляется и снижением уровня профилактической деятельности лечебных учреждений. Эта деятельность, будучи высоко затратной, сегодня становится совершенно «невыгодной» с позиций рынка.

Обязательное медицинское страхование должно было ввести работающие механизмы страхования, чтобы обеспечить конкуренцию как среди медицинских учреждений, так и среди страховых медицинских организаций. К сожалению, подлинное страхование в медицине отсутствует. «Не менее половины страховых компаний являются пассивными посредниками между фондами ОМС и медицинскими учреждениями, — пишет С.В. Шишкин, — они фактически лишь перечисляют последним финансовые средства, получаемые от территориального фонда ОМС, оставляя себе посреднические проценты на ведение дел, и не занимаются ни контролем за расходованием средств и качеством медицинских услуг, ни защитой прав пациентов»⁵².

Эффективность реализации как общих, так и специфических функций института обязательного медицинского страхования невозможна без его взаимодействия с другими институтами общества.

Возрождение в 1991 году института обязательного медицинского страхования (в эпоху строительства коммунизма институт обязательного медицинского страхования был упразднен) сопровождалось усилением роли государства в оформлении нормативных правил и стандартов. Институт ОМС можно охарактеризовать как институт, «навязанный» государством, предпринявшим попытку создать рынок медицинских и страховых услуг в сфере оказания медицинской помощи. Роль государства, по мнению С.В. Шишкина,

⁵⁰ *Панова Л. В., Русинова Н. Л.* Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социол. исслед. 2005. № 6. С. 128.

⁵¹ *Максимова Т. М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М., 2002. С. 109.

⁵² *Шишкин С. В.* Экономика социальной сферы. М., 2003. С. 90.

заключается, во-первых, в ограничении возможностей производителей медицинских услуг извлекать выгоды из информационной асимметрии и своего монопольного положения и действовать в ущерб интересам пациента; во-вторых, в распределении ресурсов в сфере здравоохранения с учетом внешних эффектов потребления медицинских услуг; в-третьих, в обеспечении доступности медицинских и страховых услуг всем группам населения⁵³.

Регламентация системы взаимодействий субъектов обязательного медицинского страхования «вывела» институт на принципиально новое поле, в котором правовым институтам отводится одна из доминирующих ролей. Каждый субъект, включенный в институт ОМС, имеет свои права и обязанности, закрепленные в российском законодательстве. Так, при нарушении прав в сфере медицинского обслуживания застрахованный может обратиться как в администрацию медицинского учреждения и страховую медицинскую организацию, так и в судебные органы.

Тесные социальные связи институт обязательного медицинского страхования имеет с институтами медицины, в частности институтом здравоохранения как системно-организационной формой общественной жизни, направленной на сохранение и улучшение здоровья населения. В данном случае обязательное медицинское страхование выступает неким финансово-инструментальным механизмом, который обеспечивает сохранение и улучшение здоровья населения через получение застрахованными бесплатной медицинской помощи. И обязательное медицинское страхование, и здравоохранение, по сути, выдвигают одни и те же целевые установки. Сегодня практически все отечественные авторы утверждают, что с развитием рыночных отношений в России здравоохранение представляет собой бюджетно-страховую модель. Утверждение представляется верным, однако оно ограничивает, сужает понимание сущности обязательного медицинского страхования, сведя его к источнику финансирования здравоохранения. «Необходимость в обязательном медицинском страховании возникает тогда, когда государство признает, что защита здоровья граждан является существенным фактором развития общества, однако не имеет в своем бюджете необходимых средств для полноценного обеспечения такой защиты»⁵⁴.

⁵³ Шишкин С. В. Указ. соч. С. 49.

⁵⁴ Герасименко Н. Ф. и др. Указ. соч. С. 6.

Функционирование института обязательного медицинского страхования «строится» на ряде принципов, часть из которых, несомненно, можно отнести и к здравоохранению (массовость, государственный характер), а часть свойственна только ОМС. Следует особо подчеркнуть и новые организационные структуры, которые направляют деятельность института обязательного медицинского страхования – это страховые медицинские организации. В рамках института появляется новая для здравоохранения социальная общность страховщиков, финансируется не медицинское учреждение, а медицинская помощь индивиду, вводится принцип конкуренции как между страховыми медицинскими организациями, так и между медицинскими учреждениями.

Обязательное медицинское страхование активно взаимодействует с экономическими институтами: производство, потребление, обмен, перераспределение; его зачастую рассматривают как финансовый механизм, который позволяет консолидировать финансовые средства с последующим их перераспределением. Огромная финансовая машина призвана обеспечить реализацию Программы государственных гарантий и оказать (оплатить) медицинскую помощь из страховых фондов в рамках Программы при наступлении страхового случая (заболевания).

Таким образом, институт ОМС тесно контактирует с экономическими институтами, с институтами государства, права, здравоохранения. Межинституциональные связи ведут не только к простому воспроизводству функционала института, но и к его развитию, упрочению его статусных позиций в обществе. Исследование современного состояния и функционирования ОМС требует рассмотрения эволюции института ОМС в России.

1.3. Институционализация обязательного медицинского страхования

Усложняющаяся структура социальных связей и отношений приводит к возникновению в обществе новых институциональных образований. Обязательное медицинское страхование – новый для российского общества институт, который следует отнести к числу современных институтов, хотя его основополагающие принципы и нормы «запрятаны» в одном из традиционных и фундаментальных институтов страхования. Институт страхования – это исторически сложившаяся устойчивая форма организации жизнедеятельности людей, опирающаяся на нормы, обычаи, правила, которые были регламентированы не сразу.

Страхование зародилось в глубокой древности. «Отдельные его операции можно обнаружить в Шумере. Местными торговцами выдавались финансовые гарантии или сумма денег (в форме займа или создания «общей кассы») для защиты их интересов в случае утраты груза во время перевозки. В Вавилонии за два тысячелетия до нашей эры законы царя Хаммурапи предусматривали заключение соглашения между участниками торгового каравана о том, чтобы разделять на всех убытки, постигшие кого-либо в пути от нападения разбойников, ограбления, кражи и т.д.»⁵⁵. С древнейших времен в страхование закладывается базовый принцип, характеризующий его сущность, который сегодня определяют как принцип социальной справедливости: богатый платит за бедного. Инструментом реализации данного принципа является создание некой «кассы» заинтересованными владельцами для возмещения материального ущерба. В данном случае речь идет о взаимном страховании, когда сумма ущерба возмещалась владельцам на солидарных началах или при наступлении страхового случая.

Первые организационные формы страхования приобретает Древняя Индия и Древний Египет: возникают организации взаимопомощи ремесленникам и торговцам, создаются страховые фонды. Вместе с тем первый договор страхования был «датирован 1347 г. В нем впервые была отчетливо определена роль страхового плательщика, и власти Генуи обязали всех страхователей и страховщиков подписывать договоры страхования в присутствии нотариуса»⁵⁶. В этот период появляется первое страховое общество, разрабатываются нормативные документы, регулирующие отношения между субъектами страхования.

М. Вебер пишет: «Институт представляет собой совершенно рациональное новообразование», однако возник он все-таки не в «сфере, полностью лишенной союзов»; напротив, уже сложившаяся ранее деятельность внутри союза или регулируемая союзом теперь подчиняется... новым порядкам...»⁵⁷. Следуя логике М. Вебера, первые союзы, к которым следует отнести страховые кассы, формируют нормы и принципы, однако еще не являются в полной мере институциональными образованиями. Но в эволюции института страхования кассы как союзы выступили необходимым условием

⁵⁵ Гинзбург А. И. Указ. соч. С. 16.

⁵⁶ Там же. С. 17.

⁵⁷ Вебер М. О некоторых категориях понимающей социологии / Избранные произведения: пер. с нем. М., 1990. С. 539.

для дальнейшего оформления страхования в качестве социального института.

Основные базовые нормы страхования формируются в рабовладельческом и феодальном обществах. Роль государства актуализируется при создании страховых фондов, деятельность которых требует регламентации и регулирования. Как традиционный институт страхование функционировало вплоть до середины XIX века, и лишь с развитием капиталистических отношений создались предпосылки перехода от традиционного института к современному, в котором превалирует деятельность государства, а также создаются страховые фонды нового типа, из которых производятся денежные выплаты.

Страхование сегодня – это один из активно развивающихся институтов, который приобрел свою особую значимость в условиях постиндустриального общества. Риски, охватывающие практически все сферы жизнедеятельности индивида и общества, появление новых рисков в силу усложняющейся, прежде всего, социально-экономической структуры общества, являются главным двигателем развития этого института.

В институциональное поле страхования включено обязательное медицинское страхование, социологический анализ которого был бы не полным без обращения к истокам и предпосылкам его становления. Развитие ОМС в России представлено в монографии В.В. Дрошнев *«Обязательное медицинское страхование в России»*. Автор обращается к истокам его становления и выделяет три основных этапа. Первый этап, по мнению В.В. Дрошнев, (X в. – 1775 г.) связан с «обязательной церковной и государственной благотворительностью в форме княжеской (государевой) и церковно-монастырской поддержки бедных, нищих и увечных»⁵⁸. Исследовательский анализ, проведенный автором, позволяет утверждать, что медицинское страхование оформляется в русле еще одного социального института – института социальной защиты и поддержки. Таким образом, своими институциональными основами обязательное медицинское страхование обязано не только институту страхования, но и институту социальной защиты.

Формирование и развитие в России государственной системы социального призрения, или медико-социального обеспечения (1775–1917) – второй этап медицинского страхования, в котором

⁵⁸ Дрошнев В. В. Обязательное медицинское страхование в России. М., 2004. С. 7.

В.В. Дрошнев выделяет еще ряд подэтапов. И наконец, третий этап охватывает период с 1917 по 1937 гг.⁵⁹ С 1937 по 1991 гг. институт ОМС был упразднен, а медицинское обслуживание населения осуществлялось в рамках бюджетной системы здравоохранения. В работе автор детально и подробно описал изменения в организационных основах функционирования обязательного медицинского страхования.

А.В. Решетников предложил свою периодизацию формирования системы обязательного медицинского страхования в России⁶⁰, выделив десять этапов. В основу выделения этапов автором также положены нормативные документы (Законы, Новеллы, Декреты и пр.), влияющие на становление и последующее развитие медицинского страхования. Так, в частности, именно последний этап в развитии обязательного медицинского страхования, который длится и по сей день, связан с принятием в 1991 году Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ». В целом, автором рассмотрены организационные трансформации в функционировании всего здравоохранения.

Однако, когда речь идет об институте обязательного медицинского страхования, в основу его периодизации следует взять иные принципы. Эволюция обязательного медицинского страхования определяется спецификой развития общества как системного образования, актуальными общественными потребностями, а также ролью государства в закреплении и регулировании институциональных норм.

Несомненно, принимая во внимание идеи авторов, касающиеся периодизации медико-социального страхования, мы считаем, что формирование современного института медицинского страхования в России начинается в середине XIX века, после отмены крепостного права в 1861 году.

В тот период медицинское страхование представляло в виде особой инновационной формы организации медицины, в основу которой были положены общедоступность и бесплатность. Страховой деятельностью были охвачены земская, городская, сельская и фабричная медицины, была создана целая сеть земских больниц и фельдшерских пунктов, организованы профессиональные школы, деятельность которых была направлена на подготовку специалис-

⁵⁹ Дрошнев В. В. Указ. соч. С. 7–44.

⁶⁰ Решетников А. В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М., 1998. С. 63–89.

тов-акушеров, фельдшеров. Земскую медицину можно охарактеризовать как форму общественной организации медицинского обслуживания сельского населения. Ее функционирование опиралось на участковый принцип, который и до настоящего времени является одним из главных при оказании медицинской помощи.

О развитии земской медицины красноречиво свидетельствуют следующие данные⁶¹ (табл. 3).

Таблица 3

Динамика развития земской медицины

Врачебная сеть	1870 г.	1910 г.
Число врачебных участков	530	2686
Средний радиус в верстах	39	17
Население на 1 врачебный участок	95000	28000
Число врачей на службе у уездных земств	610	3100

Численность врачебных участков в 1910 году по сравнению с 1870 годом возросла в пять раз, в пять раз возросло количество специалистов-врачей, работающих в системе земской медицины, а численность населения, приходящегося на один участок, снизилась в 3,3 раза, средний же радиус участка уменьшился в 2,2 раза. В течение сорока лет земская медицина осуществила значительный рывок в своем развитии, повысив тем самым уровень доступности медицинской помощи.

Земскую медицину можно рассматривать как один из действенных механизмов комплексной системы социального обеспечения населения, что обусловило в дальнейшем развитие страховых отношений в России.

Важной предпосылкой зарождения страховой медицины в России стал активный рост промышленного и фабричного производства, формирование промышленного и торгового капитала, что привело к увеличению численности рабочих, занятых в производстве. «За 30 лет произошел бурный рост (в 20 раз) численности промышленных рабочих – с 523 тыс. чел. в 1861 году до 10 млн. чел. к концу XIX в.»⁶². Растущая численность промышленных

⁶¹ *Страшун И. Д.* Полвека земской медицине / Очерки истории русской общественной медицины. М., 1965. С. 39.

⁶² *Дрошинев В. В.* Указ. соч. С. 16.

рабочих формирует острую необходимость в страховании, прежде всего, на случай болезни и в страховании от несчастных случаев. Таким образом, именно в этот период страхование начинает выходить за пределы имущественного страхования и включаться в сферу индивидуального здоровья человека.

Индивид стремится к безопасности, и именно этого рода потребности можно считать положенными в основу создания первых добровольных обществ взаимного страхования на фабриках. Застрахованные получали медицинскую помощь, выплаты в случае болезни. Как отмечает В.В. Дрошнев, «добровольные общества взаимного страхования – предшественники больничных касс. Данный процесс послужил основой появления общественно значимой идеи введения страхования трудоспособности работника на случай ее временной или постоянной утраты, жизни на случай смерти, здоровья на случай заболевания и возникновения затрат при получении медицинской помощи работниками предприятий и фабрик, т.е. осуществления их обязательного медико-социального страхования»⁶³.

Реализуя потребности работников, занятых на производстве, в защите и поддержке при наступлении ряда страховых случаев медицинское страхование начинает приобретать институциональное оформление. Государство активизирует свою деятельность в этой сфере, и в 1861 году был принят Закон «Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казенных горных заводах». В 1865 году законодательная база обогатилась еще одним законом, предписывающим создание больниц при фабриках и заводах. Закон предписывал владельцам промышленных предприятий за свой счет организовывать и создавать больницы, лечебницы из расчета 1 койка на 100 работающих, медицинская помощь в них должна оказываться бесплатно. Предоставляемая медицинская помощь в рамках фабрично-заводской медицины могла удовлетворить запросы лишь 20–30 % всех промышленных рабочих⁶⁴, что свидетельствует о включении в медицинское страхование лишь небольшой части занятых на производстве. Другие категории населения получали медицинское обслуживание в городских и земских медицинских учреждениях.

⁶³ Дрошнев В. В. Указ. соч. С. 17.

⁶⁴ Там же. С. 18.

В целом, можно считать, что именно в середине XIX века идет дифференциация института страхования и выделение из него вполне самостоятельного институционального образования – обязательного медицинского страхования. Кроме того, именно в этот период осуществляется переход от традиционного института здравоохранения, который берет свое начало в глубокой древности, когда появилась в качестве нормы забота общины о больных и немощных, к современному типу. Поэтому мы можем утверждать, что в развитии институтов и при переходе от традиционных типов к современным происходит не только их дифференциация, но и интеграция. Обязательное медицинское страхование предстает в виде институционального образования, возникшего на стыке взаимодействия институтов страхования и здравоохранения. Именно в этот период начинают оформляться базовые основополагающие нормы и принципы медицинского страхования, которые закреплены и в современном обязательном медицинском страховании. Речь идет о таком нормативном принципе, как *богатый платит за бедного, здоровый за больного*. Именно на этом принципе была построена деятельность больничных касс, которые возникли позднее – в начале XX века.

В 1912 году был принят Закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев. Согласно закону участнику больничной кассы оказывалась первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях, амбулаторное лечение, родовспоможение и больничное лечение с полным содержанием. Больничные кассы учреждались на основании устава, управление осуществляло общее собрание уполномоченных, состоящее как из рабочих, так и представителей владельца предприятия. Финансирование касс осуществлялось, во-первых, за счет самих работников (1–2 %), во-вторых, за счет владельцев предприятий (0,7–1,3 %). Работодатели зачастую вносили средства на медицинское обеспечение в страховую кассу, которая, в свою очередь, «брала на себя» функцию организации медицинской помощи и финансировала ее.

С момента выхода закона система больничных касс начала активно развиваться (табл. 4)⁶⁵.

⁶⁵ Дрошнев В. В. Указ. соч. С. 22–23.

Таблица 4

**Развитие обязательного медико-социального страхования
в России в 1914–1916 гг.**

Наименование показателя	1914 г.	1916 г.
Число больничных касс, предполагаемых к открытию по Закону 1912 г.	3690	3517
Доля действующих больничных касс из предполагаемых к открытию, в %	29,7	66,2
Доля действующих больничных касс из учрежденных, в %	42,0	73,1
Среднее число застрахованных (в одной кассе):		
- в предполагаемых больничных кассах	665	784
- в учрежденных больничных кассах	822	803
- действующих больничных кассах	761	802

Увеличилась за два года как доля действующих больничных касс из предполагаемых к открытию, так и доля действующих больничных касс из учрежденных. Численность «клиентов» больничной кассы выросла не столь значительно, однако предполагалось, что больничная касса будет «обслуживать» чуть меньшее число человек, чем оказалось в реально действующих кассах. В целом, можно предположить, что к 1914 году чуть менее двух млн. человек были включены в систему внутриинституциональных связей обязательного медицинского страхования.

Для регулирования и контроля деятельности больничных касс была создана система надзора, которая включала в себя фабричную инспекцию и страховые присутствия. Высшим органом надзора стал страховой Совет (Совет по делам страхования рабочих). А.В. Решетников, описывая задачи каждой организационной структуры, приходит к выводу, что Закон 1912 года «был первым законодательным актом, наиболее подробно описывающим систему управления и взаимоотношений между субъектами страхования на случай болезни»⁶⁶. В этот период возникает принципиально новая

⁶⁶ Решетников А. В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М., 1998. С. 71.

для российского общества социальная организация – обязательное медицинское страхование.

Важно подчеркнуть, что данный закон укрепил положение и статус института обязательного медицинского страхования, признав его актуальным и необходимым с позиций нормативно-правовой регламентации. Были закреплены формальные нормы, регулирующие взаимодействие субъектов, включенных в обязательное медицинское страхование, создана система санкций и контроля за выполнением данных норм, появились специальные организации, которые, имея собственный функционал, направляли деятельность института. Принцип социальной солидарности (*богатый платит за бедного, здоровый за больного*), как базовый, основополагающий для института, остается в силе. Появилась относительно новая для России социальная общность застрахованных в ОМС, которая включала в себя на начало XX века работников промышленных предприятий.

Вместе с тем, закон имел и ряд существенных недостатков, которые, по мнению А.В. Решетникова, заключаются в следующем. Во-первых, не все население было охвачено обязательным медицинским страхованием, а лишь рабочие промышленных предприятий; к тому же имели место ограничения по численности работающих на предприятии. Так, исключались из страхования предприятия с численностью менее 20 рабочих мест (при наличии механизмов) и 30 мест, если таковые отсутствовали; государственные (казенные) предприятия не участвовали в страховании; страхованию подлежало около 3 млн. человек, или 1/4 от общего числа работающих. Во-вторых, страхование имело локальный, территориальный характер, оно не распространялось на Сибирь, Среднюю Азию и Кавказ. В-третьих, материальная тяжесть на случай болезни распределялась следующим образом: 60 % – рабочие и 40 % – предприниматели. В-четвертых, страхование от болезней ограничивалось исключительно выдачей денежных пособий; в отличие от зарубежных стран, врачебная помощь не являлась обязательной функцией⁶⁷. Несмотря на негативные стороны и ограничения, которые содержались в законе, главным для нас является формальное закрепление идеи обязательного страхования, которая в последующие годы нашла свое логическое развитие.

⁶⁷ Решетников А. В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М., 1998. С. 72–73.

Одним из значимых достижений Февральской революции 1917 года было реформирование Временным правительством обязательного медицинского страхования. Законодательные акты, принятые Временным правительством, были нацелены на расширение численности одного из основных субъектов страхования – застрахованных, а также на изменение функционала больничных касс как организаций. Речь идет о введении самоуправления больничными кассами рабочими и предоставлении возможностей организации и предоставления медицинской помощи. К тому же были пересмотрены страховые взносы: оплата со стороны предпринимателей и рабочих стала равно долевой, увеличились размеры выплачиваемых пособий, от уплаты взносов были освобождены работники, имеющие низкую заработную плату. Однако концептуальные основы обязательного медицинского страхования так и не нашли полной своей реализации в дальнейшем развитии института, поскольку события 1917 года «заморозили» активный рост больничных касс. Созданная система социального страхования была постепенно преобразована в систему государственного обеспечения.

В 1917 году появляется Декларация о введении полного социального страхования, которая существенно расширила круг застрахованных. Теперь страхованием должны быть охвачены все без исключения наемные рабочие, а также городская и сельская беднота, причем были отменены страховые взносы со стороны застрахованных, а финансовая нагрузка возложена «на плечи» предпринимателей и государства. Страхование распространялось на все виды потери трудоспособности в случае наступления болезни, увечья, инвалидности, материнства. Изменилась и организационная структура института, что подразумевало обязательную централизацию больничных касс, усиление общественного контроля за распределением страховых взносов, а наличие таких задач, как аккумуляция и распределение финансовых ресурсов, организация медицинского обслуживания, экспертиза качества медицинской помощи, было введено в функционал кассы. В этот период был осуществлен переход от одной организационной формы здравоохранения – фабричной медицины – к другой – кассовой страховой медицине. Такой переход стал возможен с выходом, во-первых, Декрета «О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений, предприятий или, в случае отсутствия таковых, о выдаче денежных сумм на их оборудование», во-вторых, Положения о страховании на случай болезни. Начался новый этап

реформирования медицинского страхования, изменивший организационные аспекты функционирования института ОМС.

Постепенно больничные кассы стали брать на себя функции страхования на период старости, вдовства, сиротства, безработицы, т.е. расширять сферу своей деятельности, включая в нее не только медицинское, но и социальное страхование. Логика развития данного процесса привела к принятию в 1918 году Декрета о социальном обеспечении трудящихся. Как справедливо отмечает А.В. Решетников, «в новом Положении термин “страхование” был заменен на термин «обеспечение»⁶⁸. «Модель социализма, – пишет Р.В. Рывкина, – лежавшая в основе практической политики, вела к элиминированию других укладов, кроме государственного»⁶⁹. На смену капиталистическому институту страхования должен был прийти социалистический институт социального обеспечения.

Сформированная организационная структура была нацелена на социальное обеспечение тех индивидов, которые трудились сами, а не эксплуатировали труд других. Таким образом, расширяя круг застрахованных, а точнее объект социального обеспечения, государство тем самым снимало ответственность с самого индивида за свое здоровье. Современные социологи зафиксировали, как прочно данное положение закрепилось в сознании советского человека: «О моем здоровье заботится бесплатная медицина»⁷⁰; это привело к современным трудностям принятия страховых отношений в поле медицинской помощи на постсоветском пространстве. Тем не менее, возвращаясь к началу XX века, отметим, что советская власть упразднила институт страхования в силу его капиталистической направленности, и при получении медицинского обслуживания население было уравнено.

Вновь обращение к принципам обязательного медицинского страхования возникло в период новой экономической политики (НЭП). В 1921 году издается Декрет «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом», меняется организационная структура, в которую вводятся фонды медицинской помощи застрахованным. В последующем идея фондов была заимствована при воз-

⁶⁸ Решетников А. В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М., 1998. С. 78.

⁶⁹ Рывкина Р. В. Экономическая социология переходной России. Люди и реформы. М., 1998. С. 82.

⁷⁰ См.: Журавлева И. В. Указ. соч.; Отношение населения к здоровью. М., 1993 и др.

рождении в начале 90-х гг. обязательного медицинского страхования в России как социальной организации.

Период НЭПа был недолог, и в конце 20-х гг. XX столетия обязательное медицинское страхование и как социальная организация, и как социальный институт «кануло в лету», уступив место государственной бюджетной системе здравоохранения. Однако «отдельные элементы медицинского страхования продолжали существовать в советской системе социального страхования, за счет страховых средств финансировались частично санаторно-курортное лечение, отдельные виды профилактической и оздоровительной работы на промышленных предприятиях»⁷¹.

Итак, вышеизложенное позволяет выделить три этапа в становлении и развитии института обязательного медицинского страхования современного типа.

I этап: 1861 г.–1912 г. На данном этапе создаются условия для институционального становления обязательного медицинского страхования. Появляются первые добровольные сообщества взаимного страхования в среде промышленных рабочих, охватывающих сферу здоровья и оказание медицинской помощи. Создание таких сообществ определено потребностью в безопасности и желанием защитить себя в случае наступления болезни и снизить финансовые затраты на ее лечение. Таким образом, в основу «зарождения» института ОМС положены потребности одного из главных его субъектов – застрахованных.

II этап: 1912 г.–1918 г. Созданные условия послужили предпосылкой активного включения государства в формализацию института обязательного медицинского страхования и организационному его оформлению. Больничные кассы выступают одной из главных организационных структур, реализующих принципы страхования.

III этап: 1921 г.–1929 г. Советское государство в период новой экономической политики обращается к идеям медицинского страхования и декларирует его всеобщность и массовость, практически в полной мере обозначив его как обязательное. Изменение организационной структуры ОМС упразднило больничные кассы и привело к созданию фондов как организаций, выполняющих регулятивные и контролирующие функции.

⁷¹ Лисицын Ю. П., Стародубов В. И., Савельева Е. Н. Указ. соч. С. 23.

В целом, именно в период середины XIX – начала XX вв. оформились институциональные признаки обязательного медицинского страхования как современного института, а именно:

- регламентация норм, принципов, санкций, на которые опирается институт в своем функционировании; они имеют как формальный (закрепленный в Законах, Декретах, Новеллах, Положениях), так и неформальный (принцип социальной справедливости) характер;

- развитие сети учреждений и организаций, реализующих нормы и принципы ОМС, выполняющих функции контроля, а также регулирующих взаимодействие между основными субъектами страхования, т.е. институт приобрел организационную структуру;

- оформление социальной общности застрахованных, чьи интересы и потребности в сфере здоровья и получения медицинской помощи должен был реализовать институт обязательного медицинского страхования;

- определение функционально-целевого поля деятельности института – социальная защита застрахованных в случае наступления заболеваний, получение медицинской помощи.

Просуществовав около полувека в России, институт медицинского страхования практически исчез, созданная база для развития института осталась невостребованной. Однако первый опыт стал интересен западным странам, которые, адаптируя его к своим условиям, обогатив и усовершенствовав, развили в дальнейшем медицинское страхование. Российское здравоохранение, сохранив принцип бесплатности и общедоступности, тем не менее, осталось далеко позади западных стран, поскольку было лишь «в состоянии» минимальной финансовой поддержки.

На протяжении всей эпохи становления и укрепления социализма формируется ведомственный подход в здравоохранении, согласно которому доступ к качественной, эффективной медицине имеет лишь небольшая часть населения – политическая и экономическая элита, чиновники и т.п. «Гонка» за количеством (численность медицинского персонала, коек и т.п.) логично привела к снижению качества медицинского обслуживания, что, в свою очередь, предопределило ухудшение состояния здоровья населения и привело к снижению качества жизни.

Обратимся к количественным показателям развития здравоохранения. Численность больничных учреждений (табл. 5) к 1985 году выросла в полтора раза; по сравнению с 1940 годом число больничных коек увеличилось в 4 раза; при этом в три раза выросла

численность больничных коек на 10000 населения. Эти показатели, с одной стороны, свидетельствуют о растущей заботе государства в сфере оказания медицинской помощи, ее доступности, что позволило СССР конкурировать с западными странами и привело к признанию российской системы здравоохранения. С другой стороны, растущее число медицинских учреждений не является явным показателем качества медицинской помощи, удовлетворения потребностей населения в сфере охраны здоровья и медицинского обслуживания.

Таблица 5
Численность медицинских учреждений⁷²

Год	Число больничных учреждений, тыс.	Число больничных коек	
		Всего, тыс.	На 10 000 человек населения
1940	8,5	482,0	43,3
1950	10,5	609,8	59,2
1960	14,3	990,8	82,1
1970	13,8	1469,3	112,5
1980	12,5	1801,9	129,8
1985	12,5	1937,9	135
1990	12,8	2037,6	137,5

За период с 1940 по 1990 год наблюдается рост численности медицинского персонала (табл. 6): в 8 раз увеличилось число врачей, в 6 раз возросла доля младшего медицинского персонала; увеличилось также число медицинских учреждений и медицинского персонала, приходящихся на 10 000 населения.

Представленные выше показатели отражают высокие темпы роста отрасли здравоохранения, но не свидетельствуют о ее качественных характеристиках в сфере индивидуального и общественного здоровья, субъективных оценках населения качества медицинской помощи.

Основным принципом финансирования советской системы здравоохранения был остаточный, что привело к дефициту финансовых ресурсов.

⁷² Российский статистический ежегодник. М., 2002. С. 239.

Таблица 6

Численность медицинских кадров⁷³

Годы	Численность врачей		Численность среднего медицинского персонала	
	Всего, тыс. чел.	На 10 000 чел. населения	Всего, тыс. чел.	На 10 000 чел. населения
1940	82,2	7,4	299,1	26,9
1950	148,9	14,5	461,8	44,9
1960	233,2	19,3	835,3	69,2
1970	347,4	26,6	1243,2	95,2
1980	531,5	38,3	1614,1	116,3
1985	620,7	43,2	1756,7	122,4
1990	667,3	45,0	1844,0	124,5

В 1990 году доля финансирования здравоохранения (табл. 7) составила лишь 3,4 % от валового внутреннего продукта страны, что было в четыре раза ниже, чем в США, в два раза меньше, чем в Англии. Обеспеченность врачами в России превышала аналогичные показатели других западных государств, однако среднемесячная зарплата медицинского работника была в 47 раз ниже, чем в США. Такая система «вознаграждения» отнюдь не стимулировала врачей к качественному медицинскому обслуживанию и развитию медицинской сферы в целом. Расходы на медицинские услуги в России в этот период были также невысоки: в США расходы на медицинскую помощь превышали аналогичный показатель в России в 12,5 раз. Доля финансовых отчислений государства в сферу здравоохранения, на наш взгляд, убедительно демонстрирует отношение государства к населению, его здоровью как важному стратегическому ресурсу: незначительные расходы приводят к ухудшению здоровья, снижению мощи самого государства.

⁷³ Российский статистический ежегодник. М., 2002. С. 242.

Таблица 7

Показатели экономики здравоохранения (1990 г.)⁷⁴

Страна	Доля расходов на здравоохранение от ВВП, %	Обеспеченность врачами на 10000 населения	Расходы на медицинские услуги в год на душу населения, долл. США	Средне-месячная зарплата врача, тыс. руб.	Основная модель финансирования
США	13,9	23,0	2968,0	33,0	частная
Франция	9,7	25,0	1869,0	27,0	страховая
Италия	8,3	27,0	1236,0	11,0	бюджетная
Англия	7,1	16,0	1043,0	29,0	бюджетная
Россия	3,4	45,0	237,0	0,7	бюджетная

В целом, сложившуюся за 70-летний период систему советского здравоохранения характеризовали следующие особенности.

1. Отсутствие действенных норм защиты здоровья при декларировании прав пациентов в этой сфере.

2. Жесткая централизация и регламентация управления здравоохранения (приказы, нормативы и т.п.).

3. Экстенсивный путь развития здравоохранения: увеличивалось число врачей при устаревании материально-технической базы.

4. Внутриведомственный контроль качества медицинского обслуживания по принципу «рука руку моет».

5. Остаточный принцип финансирования здравоохранения. Удельный вес расходов на здравоохранение в 1990 году составил 3,4 %, а медицинская помощь каждому жителю обходилась примерно в 200 рублей в год.

Система здравоохранения находилась в кризисном состоянии, поскольку перестала удовлетворять потребностям населения в получении доступной качественной медицинской помощи.

В начале 90-х годов актуализировались вопросы выхода института здравоохранения из кризиса. Становление рынка усилило потребность в трансформации института, что привело к возрождению медицинского страхования. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», принятый в 1991 году, ознаменовал новый этап в развитии института ОМС в России.

⁷⁴ Дрошнев В. В. Указ. соч. С. 57.

Для обязательного медицинского страхования характерен революционный путь развития, который связан с тем, что государство реанимирует нормы и принципы института «старого образца» и «осовременивает» их в соответствии с текущей экономической и политической ситуацией.

В данном ракурсе актуальными видятся идеи М. Вебера: «Возникновение новых установлений института любого рода... лишь чрезвычайно редко происходит на основе автономной «договоренности» всех участников будущих действий, от которых ждут лояльности в предполагаемом усредненном смысле по отношению к этим установлениям. Обычно происходит «насильственное их внедрение»: определенные лица прокламируют некие установления в качестве обязательных... и лица, связанные с институтом (или подчиненные ему), в той или иной степени покоряются этому, что находит выражение в более или менее лояльной, однозначной по своему смыслу ориентации их действий на упомянутые установления»⁷⁵. Обязательное медицинское страхование предстает как институт, «навязанный» государством, его организационная структура и механизмы функционирования имеют «насильственный» характер. Роль государства в данном случае очевидна: волевое решение возродило институт обязательного медицинского страхования и обязало, по сути, основных субъектов страхового поля «играть по правилам», установленным государством.

Для того чтобы лучше понять и осмыслить современное состояние ОМС, его место в институциональной матрице российского общества, необходимо обратиться к социальной памяти. «В переходные периоды истории стран, — пишет Р.В. Рывкина, — роль социальной памяти намного усиливается и становится осязаемой: новый социальный опыт еще слаб, а память о прошлом опыте, о прошлом обществе и жизни в нем еще жива»⁷⁶. Обращение к системе медицинского страхования, существовавшей в дореволюционной России, демонстрирует ностальгические настроения и стремление к возрождению нового отечества. Как отмечает Р.В. Рывкина, «принятие правительством Ельцина курса на рыночную экономику в условиях гласности привело к огромному всплеску интереса к дореволюционной экономике...»⁷⁷.

⁷⁵ Вебер М. Указ. соч. С. 539.

⁷⁶ Рывкина Р. В. Указ. соч. С. 73.

⁷⁷ Там же. С. 74–75.

Добавим, что интерес актуализировался не только к социальным общностям и группам, включенным в экономическую сферу, но особое внимание было уделено и организационным структурам функционирования институтов общества, в частности институту медицинского страхования. Опыт западных стран ярко продемонстрировал возможности и преимущества страховой медицины, и государство в условиях кризиса, в т.ч. финансового, предпочло обратиться к традициям, принципам и нормам, существовавшим более полувека назад. Такого рода социальную память мы бы охарактеризовали как «дальнюю».

Есть и «ближняя» социальная память, носителями которой выступают реально живущие люди. Длительный этап забвения института медицинского страхования в России привел не только к ряду негативных последствий для современного общества, но и к трудностям адаптации населения к новому механизму функционирования здравоохранения. Сформированные десятилетиями иждивенческие настроения, выражающиеся, в частности, в том, что бесплатная медицина должна заботиться о здоровье, сегодня довольно трудно изменить. Принцип бесплатности получения медицинской помощи «полюбился» населению и вылился в нежелание прикладывать собственные усилия для сохранения здоровья в новых экономических условиях. И.В. Журавлева пишет: «Человек к этому не готов – он не приучен думать о здоровье, он привык бороться с уже имеющимися болезнями»⁷⁸.

Медицинская помощь, к которой так привыкли в советской системе здравоохранения, в современных условиях трансформируется и превращается в медицинское обслуживание, в котором ведущая роль отдается медицинским услугам. В. Николайчук разработал матрицу услуг, построенную на основе двух критериев: целей получения и источников оплаты. Автор выделяет четыре группы услуг⁷⁹:

- потребитель – организационная структура, цель – получение выгоды или создание условий для этого, источник оплаты – средства организации;
- потребитель – физические лица, цель – удовлетворение личных потребностей, источник оплаты – личные средства;

⁷⁸ Журавлева И. В. Указ. соч. С. 5.

⁷⁹ Николайчук В. Е. Маркетинг и менеджмент услуг. Деловой сервис. СПб., 2005. С. 11–13.

- потребитель – физические лица, цель – получение выгоды, источник оплаты – личные средства;
- потребитель – физические лица, цель – удовлетворение личных потребностей, источник оплаты – средства организации.

В предложенной типологии можно найти место и медицинским услугам в ОМС, когда потребителем выступает конкретный индивид (физическое лицо), получающий медицинские услуги с целью удовлетворения личных потребностей в медицинском обслуживании за счет средств работодателей или органов исполнительной власти субъектов РФ (страховой взнос на ОМС).

Главной особенностью медицинской услуги, в отличие от другого рода услуг, выступает ее направленность на сохранение и укрепление одной из витальных ценностей человека – жизни и здоровья. Медицинская услуга обладает непостоянством, и ее качество меняется вместе с источником предоставления (врачом, медицинским работником), ибо характер оказания той или иной услуги связан с квалификацией, опытом, уровнем профессионализма, личностными качествами конкретного специалиста. Но даже один и тот же специалист может оказывать услуги по-разному.

И здесь возникает второй вопрос, актуальность которого возрастает в условиях приобретения медицинских услуг пациентом, – это вопрос доверия врачу, его возможностям прийти к результату, ожидаемому потребителем. Таким образом, речь идет о неосознанности медицинской услуги: ее нельзя попробовать, пощупать, увидеть до момента приобретения. Например, придя на консультацию к врачу, пациент не знает заранее, что будет являться результатом посещения. Еще одной специфической характеристикой медицинской услуги выступает ее несохраняемость, поскольку процесс производства услуги совпадает с процессом ее реализации.

Медицинское обслуживание можно трактовать как процесс производства и предоставления медицинских услуг. Именно это понятие следует считать основополагающим при исследовании механизмов функционирования рынка медицинских услуг. Медицинская помощь ориентирована на благотворительность, безвозмездность, в этом ключе значимую роль приобретают морально-нравственные, этические аспекты ее оказания. Для нашей работы разведение понятий медицинской помощи и медицинского обслуживания не является принципиальным, поскольку медицинское обслуживание в обязательном медицинском страховании предстает в бесплатной форме для пациента и может трактоваться как медицинская помощь.

Социологический анализ обязательного медицинского страхования позволяет прийти к следующим выводам. ОМС предстает как институт общества, выполняющий функции социальной защиты, регулирования социального неравенства, снижения социальной напряженности и социального контроля. Обязательное медицинское страхование в России – институт, который начал свою «работу» в кризисных условиях, в трудный переходный период, пытаясь сохранить принципы доступности и бесплатности медицинской помощи, которые были основополагающими еще в советской системе здравоохранения. Государству принадлежит ведущая роль в воссоздании в современной России института ОМС, деятельность которого опирается на осовремененные принципы и нормы страхования.

2. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ИНСТИТУТА ОМС

2.1 Организационная структура института обязательного медицинского страхования

Становление института ОМС в современной России связано с принятием в 1991 году Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Закон, закрепив правовой статус ОМС, принципиально изменил систему организационно-экономических и социальных отношений в здравоохранении.

Медицинское страхование, в соответствии со ст. 1 закона, является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств, а также финансировать профилактические мероприятия. Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Внесем некоторые комментарии к трактовке медицинского страхования, представленной в законе. Во-первых, закон раскрывает сущность медицинского страхования, обозначив его как «фор-

му социальной защиты». Действительно, его можно рассматривать и анализировать с данных позиций, ограничивая тем самым теоретико-методологическое пространство исследовательского поиска. В соответствии с законом, в России функционирует институт социальной защиты, а одной из его форм и является медицинское страхование. Нам же видится, что медицинское страхование само выступает социальным институтом общества и его анализ возможен в русле данной методологии, а социальная защита может выступить одной из главных функций института.

Во-вторых, медицинское страхование – это не что иное, как гарантия со стороны государства получения медицинской помощи, т.е. речь идет о том, что медицинское страхование есть социальный механизм. И в этом ракурсе также представляется возможным анализ, который будет направлен на выявление необходимых условий для эффективной «работы» такого механизма, исправление «поломок», которые возникают в ходе его эксплуатации. Важным для институционального анализа здесь видится роль государства как реализатора норм и принципов института. Государство выступает гарантом в сфере получения медицинской помощи и функционирования института ОМС. Государство берет на себя правовое закрепление гарантий: в условиях введения и функционирования института медицинского страхования каждый гражданин может получить полагающуюся ему медицинскую помощь.

В-третьих, обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования в целом. Обязательное медицинское страхование может выступать как составной компонент социального страхования, но вместе с тем предстает в виде самостоятельного института, имеющего свои собственные целевые установки на конкретном этапе развития общества, одной из которых является предоставление медицинской помощи населению (застрахованным) независимо от социального статуса и «размера кошелька».

Для реализации идеи введения обязательного медицинского страхования в российском обществе государство создает специальную организационную структуру, которую следует отнести к разновидности социальной организации. Создается Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, являющийся государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, самостоятельным юридическим лицом. Цели и задачи деятельности Федерального фонда (ФФ) ОМС, его функции, вопросы финансирования, управления и ликвидации закреплены в Уставе Федерального фонда обязательного медицинского страхования. В

соответствии с Уставом (п. 8) Федеральный фонд призван реализовать ряд функций (в Уставе ФФ обозначено 15 функций), которые можно объединить в следующие блоки: *организационные* (создание территориальных фондов ОМС, выравнивание условий их деятельности), *нормативно-правовые* (разработка типовых правил ОМС граждан, создание Базовой Программы ОМС и пр.), *финансово-экономические* (контроль за расходованием средств ОМС, аккумуляция финансовых ресурсов, финансово-кредитная деятельность и пр.), *информационно-аналитические* (анализ и обобщение информации о финансовых средствах ОМС и пр.), *научно-образовательные* (организация научно-исследовательских работ, подготовка специалистов системы ОМС).

Реализацию ОМС на каждой территории субъектов РФ осуществляют территориальные фонды ОМС, которые также являются самостоятельными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями. Нормативно-правовые позиции Территориального Фонда закреплены в Положении о территориальном фонде обязательного медицинского страхования. Функционал территориальных фондов ОМС включает сбор, аккумуляцию, распределение финансовых средств ОМС; обеспечение финансовой сбалансированности и устойчивости системы ОМС в целом. Эта деятельность регламентирована и в Законе Свердловской области от 21 августа 1997 г. № 54-ОЗ «О здравоохранении в Свердловской области». В статье 39 закона (п. 6) указывается, что Территориальный фонд обязательного медицинского страхования обеспечивает финансирование выполненных медицинских услуг в соответствии с принятыми медико-экономическими стандартами и коэффициентами индексации к базовым тарифам. Кроме того, на уровне Территориального фонда разрабатывается Территориальная программа ОМС, тарифы на медицинские услуги; Территориальный фонд осуществляет взаимодействие с Федеральным фондом и другими территориальными фондами ОМС; занимается просветительской, консультационной работой с населением. Для эффективной реализации целевых установок территориальные фонды ОМС организуют филиалы в городах и районах.

Важным звеном системы ОМС являются страховые медицинские организации (СМО). Именно им по закону отводится непосредственная роль страховщика. Согласно Положению о страховых медицинских организациях (СМО), в качестве СМО могут выступать юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами с любыми, предусмотренными законодательством Российской Федерации, формами собственности,

обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации. В Положении отмечается, что страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения. Страховые медицинские организации могут выбирать медицинские учреждения для оказания помощи и услуг по договорам медицинского страхования; участвовать в аккредитации медицинских учреждений; устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию; принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги; предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению и (или) медицинскому работнику на материальное возмещение физического и (или) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховые медицинские организации получают финансовые средства на осуществление обязательного медицинского страхования от территориальных фондов ОМС. Основной задачей страховой медицинской организации, согласно Положению о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование, является проведение обязательного медицинского страхования путем оплаты медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования и договорами обязательного медицинского страхования, осуществления контроля за объемом и качеством медицинских услуг. Деятельность страховых медицинских организаций нормативно закреплена на федеральном уровне путем выдачи лицензии на данный вид деятельности.

Согласно Закону РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» в страховое поле обязательного медицинского страхования включены страхователь, застрахованный и исполнитель медицинских услуг. Страхователями для неработающего населения являются органы исполнительной власти – правительства субъектов Федерации, органы управления республик, краев, областей, местная администрация; для работающего населения – работодатель: предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью. Страхователь выплачивает взнос на ОМС (обязательный целевой налог). Страховой взнос на ОМС устанавливается органами государственной власти в процентах фонда оплаты труда. До 2005 года этот взнос составлял 3,6 %, причем 3,4 % перечислялось на счет Территориального фонда ОМС, а 0,2 % – на счет Федерального фонда ОМС. Однако, по расчетам специалистов, данный взнос недостаточен для решения

проблем ОМС; в среднем по России отчисления на ОМС должны составлять 10–11 %⁸⁰. В настоящее время и этот взнос сократился до 2,8 %; из них 2 % «принадлежат» Территориальному фонду ОМС, а 0,8 % – Федеральному. Такая ситуация приводит к увеличению доли платных медицинских услуг, что, в свою очередь, затрудняет получение медицинской помощи, т.е. речь идет о снижении доступности медицинского обслуживания и его качества в целом. Исполнитель медицинских услуг – медицинское учреждение (лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские институты и др. учреждения, имеющие лицензии), предоставляющее застрахованным медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках Программы обязательного медицинского страхования. Застрахованный (пациент) – потребитель медицинских услуг в системе ОМС.

Страхователь, застрахованный и исполнитель медицинских услуг не входят в организационную структуру института обязательного медицинского страхования (хотя, несомненно, в статусно-ролевую структуру института эти субъекты включены), что определяется их позициями (положением) в институциональном поле.

Организационная структура института ОМС включает в себя Федеральный фонд, территориальные фонды, страховые медицинские организации, деятельность которых направлена на реализацию идеи обязательного медицинского страхования в России. Опираясь на идеи А.И. Пригожина⁸¹, мы бы обозначили эту целевую установку как цель-задание, полученное со стороны государства. Эта цель определяет смысл существования организационной структуры института ОМС и является приоритетной, поскольку на ее реализацию направлены внимание и основная деятельность участников организационного процесса.

Для организационной структуры ОМС характерна высокая степень формализации: правила, распорядок регламентируют практически всю сферу поведения ее индивидов, предписывают ролевые действия независимо от личностных свойств и качеств. Отчасти организационную структуру ОМС можно отнести к бюрократическому типу (М. Вебер), поскольку в ее основе лежат следующие принципы. Во-первых, индивид, включенный в организационную структуру, обезличен и выполняет обязанности, предписанные оп-

⁸⁰ Лисицын Ю. П. Указ. соч. С. 448.

⁸¹ Пригожин А. И. Современная социология организаций. М., 1995. С. 46.

ределенной должностью. Во-вторых, имеет место жесткая иерархия должностей и позиций, индивид вправе принимать решения только в отношении индивидов (группы индивидов), стоящих ниже по занимаемому должностному положению. В-третьих, индивиды, включенные в организационную структуру, имеют узкопрофессиональные задачи. В-четвертых, деятельность индивида в организационной структуре подлежит четкому контролю и регламентации⁸². С.С. Фролов пишет: «Бюрократия ... представляет собой наиболее эффективную машину управления, основанную на строгой рационализации. Ее характеризуют строгая ответственность за каждый участок работы, координация в решении задач, оптимальное действие безличных правил, четкая иерархическая зависимость»⁸³.

Организационная структура обязательного медицинского страхования «выглядит» как бюрократическая, что вполне отвечает тем требованиям, которые сегодня предъявляет внешняя среда (как совокупность политических, экономических, социальных, культурных факторов) к функционированию ОМС. Масштабы организационной структуры ОМС и поле ее деятельности огромны, они охватывают всю территорию России и практически все население – в ОМС застраховано около 98 % граждан.

Таблица 8

**Организационная структура
обязательного медицинского страхования⁸⁴**

Организационный компонент	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ТФОМС	79	86	88	88	89	90	90	90	91
Филиалы ТФОМС, всего	587	1103	1140	1108	1160	1170	1123	1129	982
Филиалы ТФОМС, выполняющие функцию страховщика	92	571	486	423	419	478	500	516	485
Страховые медицинские организации	164	439	536	538	461	415	378	362	361

⁸² См.: Арон. Р. Этапы развития социологической мысли. М., 1992. С. 578.

⁸³ Фролов С. С. Социология. М., 1996. С. 235.

⁸⁴ Дрошнев В. В. Указ. соч. С. 103; Герасименко Н. Ф. и др. Указ. соч. С. 46.

В 2001 году организационная структура ОМС (табл. 8)* насчитывала 91 территориальный фонд и 982 филиала, из которых 485 выполняли функции страховщиков. Число страховых медицинских организаций к 2001 году достигло 361. Динамика изменения организационной структуры позволяет увидеть ряд тенденций.

До 1998 года наблюдался рост числа филиалов территориальных фондов ОМС: за 6 лет их стало в два раза больше. Затем численность филиалов стала снижаться, что вызвано причинами объективного характера. Как отмечает В.В. Дрошнев, «снижение их количества можно связать с уменьшением их финансирования в связи с введением единого социального налога и началом передачи функций сборщика страховых взносов от структурных подразделений фондов обязательного медицинского страхования Министрству по налогам и сборам Российской Федерации»⁸⁵.

Численность страховых медицинских организаций (СМО) достигла своего максимума в 1996 году, затем произошло постепенное снижение их числа. Такая тенденция связана с разумным желанием территориальных фондов консолидировать страховые взносы в «своих руках», выступать в качестве страховщиков, аккумулируя, распределяя и перераспределяя средства обязательного медицинского страхования непосредственно медицинским учреждениям и осуществляя контроль за их использованием. Динамика численности филиалов территориальных фондов, выполняющих функцию страховщика, также подтверждает данную тенденцию: в 1993 году доля филиалов территориальных фондов ОМС, выполняющих функцию страховщика, составляла всего 1/6 часть всех филиалов ТФОМС, однако в последующие годы эта доля значительно увеличилась и стала составлять в разные годы от 1/3 до 1/2 части всех филиалов. В 2001 году среди всех филиалов территориальных фондов половина приходилась на филиалы, выполняющие функционал страховщика.

Происходящие организационные преобразования в институте показывают, что идет процесс «вытеснения», а точнее ограничения страховых медицинских организаций как страховщика и передачи его функций филиалам ТФОМС. Территориальный фонд и филиалы – это некоммерческие финансово-кредитные учреждения, а страховые медицинские организации – юридические лица, являющиеся

* В доступных нам статистических источниках не представлены данные по обязательному медицинскому страхованию.

⁸⁵ Дрошнев В. В. Указ. соч. С. 101.

самостоятельными хозяйствующими субъектами с любыми, предусмотренными законодательством Российской Федерации, формами собственности; они «создаются в основном в двух формах: товарищества с ограниченной ответственностью и акционерные общества»⁸⁶.

Вышеизложенное позволяет определить следующие, важные на наш взгляд, особенности, которые существуют в организационной структуре ОМС, а именно: во-первых, страховые медицинские организации должны конкурировать друг с другом за возможность привлечь к себе большее число лиц, желающих застраховаться; во-вторых, страховым медицинским организациям приходится конкурировать с филиалами ТФОМС, которые также принимают на себя функции страховщиков. Вместе с тем, территориальным фондам легче управлять своими филиалами, нежели страховыми медицинскими организациями. По сути, можно предположить, что произойдет упразднение страховых медицинских организаций как субъекта обязательного медицинского страхования, что позволит Федеральному фонду ОМС и территориальным фондам стать единственной монопольной структурой, которая полностью и единолично будет регулировать финансовые потоки. В такой ситуации станет разрастаться сеть филиалов территориальных фондов, а дальнейшее развитие рынка в институциональном поле ОМС «канет в лету». Такой вариант развития событий видится нам скорее как негативный в социальном контексте, поскольку жесткая централизация и регламентация будут тормозить развитие рынка медицинских и страховых услуг, снизят контроль за качеством и доступностью медицинского обслуживания, который в настоящее время осуществляют страховые медицинские организации.

Выбор организационной структуры обязательного медицинского страхования на региональном уровне, представленном территориальными фондами, их филиалами и страховыми медицинскими организациями, зависит в основном «от настроя руководителя местных органов власти, а также подготовленности медицинских учреждений и активности работы функционирующих на территории страховых медицинских организаций»⁸⁷.

⁸⁶ Лисицын Ю. П. Указ. соч. С. 450.

⁸⁷ Дрошнев В. В. Указ. соч. С. 105–106.

Таблица 9

**Численность субъектов РФ,
в которых функционируют учреждения и организации
системы обязательного медицинского страхования***

Организационный компонент	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Филиалы ТФОМС - всего	57	59	63	68	67	69	71	63
Филиалы ТФОМС, выполняющие функцию страховщика	37	34	30	31	32	35	39	37
Страховые медицинские организации	54	61	64	64	63	61	61	62

В 1994 году в 57 субъектах РФ функционировали филиалы ТФОМС (табл. 9), из них в 37 субъектах функцию страховщика выполняли филиалы ТФОМС и в 54 субъектах страховщиками выступали страховые медицинские организации. К 2000 году число филиалов возросло и они были представлены уже в 71 субъекте РФ, однако в следующем году лишь в 63 субъектах РФ были филиалы ТФОМС. Доля субъектов, в которых функцию страховщика выполняли филиалы, снижалась до 1996 года, затем произошел постепенный их рост к 2000 году. Число субъектов, использующих в ОМС страховые медицинские организации, наоборот, увеличивалось до 1996–1997 гг., затем постепенно стало снижаться.

Табличные данные позволяют прийти к выводу, что не во всех субъектах РФ обязательное медицинское страхование осуществляется через филиалы ТФОМС. На региональном уровне, в зависимости от условий, были созданы собственные организационные модели обязательного медицинского страхования. К числу основных моделей следует отнести: страховую, смешанную, фондовую, бюджетно-фондовую. Определим особенности каждой из названных выше моделей.

В соответствии со страховой организационной моделью (рис. 2) страховщиками выступают только страховые медицинские организации. Они получают финансовые средства от территории

* В доступных нам статистических источниках не представлены данные по обязательному медицинскому страхованию.

альных фондов ОМС и организуют деятельность с застрахованными.

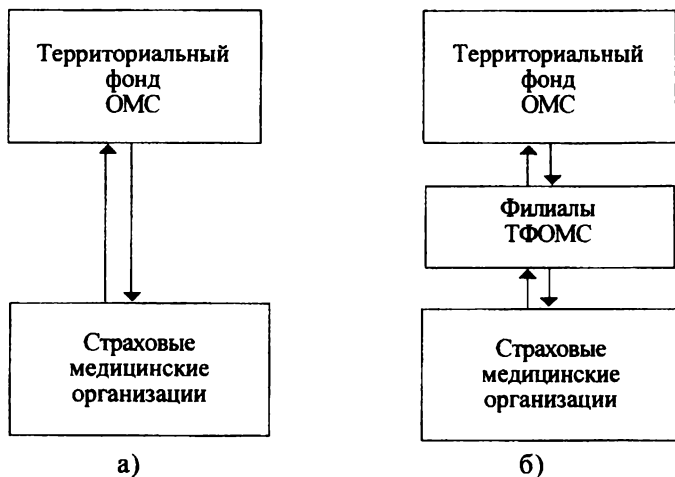


Рис. 2 Страховая организационная модель

Страховая модель представлена в двух формах: в первом случае отсутствуют филиалы ТФОМС и взаимодействие осуществляется непосредственно с Территориальным фондом. Во втором случае страховые медицинские организации «выстраивают свои отношения» с филиалами ТФОМС.

В смешанной организационной модели (рис. 3) страховщиками выступает как страховая медицинская организация, так и филиалы ТФОМС.

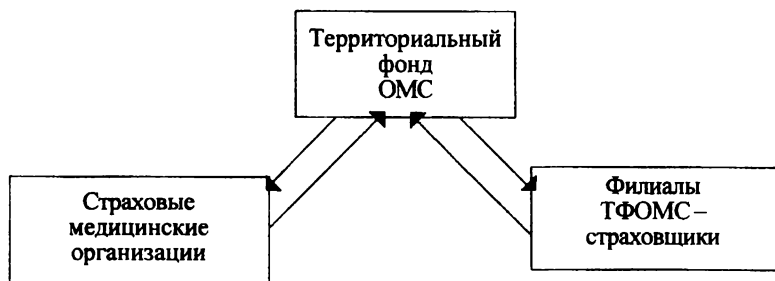


Рис. 3 Смешанная организационная модель

Страховые медицинские организации в смешанной модели, по сути, должны конкурировать с филиалами ТФОМС – страховщиками на рынке страховых услуг, однако здоровая конкуренция, к сожалению, скорее невозможна, поскольку организации занимают разное статусное положение в институте ОМС, несмотря на необходимость выполнения функций страховщика.

В фондовой модели (рис. 4) страховые медицинские организации отсутствуют, а функционал страховщика берут на себя филиалы территориальных фондов ОМС.

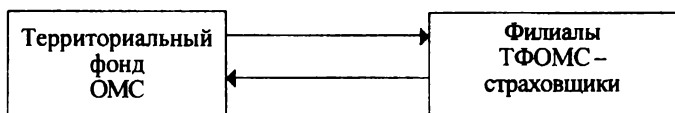


Рис. 4 Фондовая организационная модель

Данная модель, на наш взгляд, наиболее простая в рамках системы взаимодействия Территориального фонда ОМС с филиалами ТФОМС, поскольку страховщики в этом случае непосредственно подчиняются территориальному фонду и являются некоммерческими организациями.

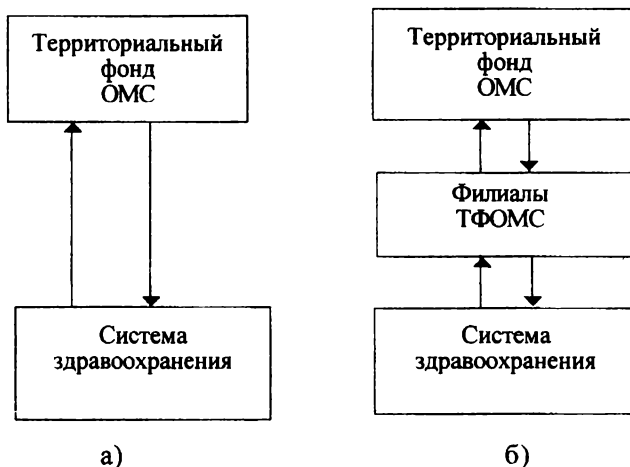


Рис. 5 Бюджетно-фондовая модель

В бюджетно-фондовой модели (рис. 5) отсутствует страховщик, а финансовые средства передаются органам управления здравоохранения. Эта модель представлена двумя разновидностями, основное различие которых состоит в наличии или отсутствии филиалов ТФОМС.

Наиболее приближенной к Закону РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» принято считать страховую модель, и именно такая организационная модель функционирует на территории Свердловской области. Сегодня в организационную структуру Территориального фонда ОМС входят 14 его филиалов, включая филиал в г. Екатеринбурге. Страховой медицинской деятельностью в ОМС занимаются 20 страховых медицинских организаций. Их деятельность распространена на 73 муниципальных образования Свердловской области. Финансирование по системе обязательного медицинского страхования составляет от 14 до 50 % от общего объема финансирования в зависимости от территории.

Особое внимание следует уделить Базовой программе обязательного медицинского страхования, утвержденной на федеральном уровне, а также Территориальной программе ОМС, принимаемой на уровне региона, в нашем случае Свердловской области. Программы призваны утвердить гарантированный государством минимум бесплатных медицинских услуг для населения.

Базовая программа обязательного медицинского страхования включена в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. В рамках базовой программы ОМС гражданам предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы. Кроме того, в поле деятельности института ОМС попадают мероприятия по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение здоровых детей.

На региональном уровне органы исполнительной власти, разрабатывая Территориальную программу ОМС, могут расширить перечень видов медицинской помощи, финансирование которых будет осуществляться за счет региональных и местных бюджетов. В основе разработки Территориальной программы ОМС лежат законодательные акты федерального и регионального значения, в т.ч. Закон Свердловской области «О здравоохранении в Свердловской области» (1997), Закон Свердловской области «О государственных гарантиях обеспечения бесплатной медицинской помощью населения Свердловской области» (1999). Опираясь на данные доку-

менты, формируется Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи, куда и включается отдельный раздел, касающийся Программы обязательного медицинского страхования.

А.В. Решетников выделяет следующие основные принципы формирования Федеральной (базовой) и территориальных программ государственных гарантий⁸⁸:

- обоснование потребности населения территории в медицинской помощи исходя из особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения;
- обеспечение соответствия гарантируемых объемов медицинской помощи федеральным нормативам и стандартам оказания медицинской помощи, предусмотренных Программой государственных гарантий;
- научное обоснование необходимых материальных, кадровых и финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи;
- соответствие мощности учреждений здравоохранения территории планируемым объемам медицинской помощи;
- сбалансированность объемов, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для их реализации финансовых средств;
- повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения за счет комплексного территориального планирования сети учреждений здравоохранения, основанного на потребности населения в оказании медицинской помощи и внедрении ресурсосберегающих медицинских технологий.

А.М. Решетников отмечает, что на территории России «разработаны, утверждены и реализуются долгосрочные Комплексные федеральные Программы здравоохранения. Во-первых, по предупреждению заболеваний социального характера и борьбе с ними: по борьбе с туберкулезом; с заболеваниями, передающимися половым путем; вакцинопрофилактике; анти-ВИЧ/СПИДу. Во-вторых, целевые программы по планированию семьи и безопасности материнства, «Здоровый ребенок» и др. В-третьих, целевые программы по артериальной гипертонии; по сахарному диабету; онкологии. В-четвертых, целевые программы по развитию санаторно-

⁸⁸ *Решетников А. В.* Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М., 2002. С. 511.

курортной сферы, развитию медицинской промышленности. Разработка и реализация таких программ позволяют решать сложные межведомственные и финансовые проблемы, стимулируют участие в их решении органов исполнительной власти субъектов РФ»⁸⁹.

Уделим особое внимание Территориальной программе ОМС Свердловской области. В соответствии с Соглашением от 12 января 1996 г. № 5 между Правительством Российской Федерации и Правительством Свердловской области о разграничении полномочий в сфере здравоохранения за последним остается право утверждать территориальную программу ОМС в области (ст. 4). Территориальная программа ОМС разрабатывается ежегодно и утверждается Постановлением Правительства Свердловской области «О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи». В этом документе можно увидеть довольно четкое разграничение в структуре финансирования того или иного вида медицинской помощи. Речь идет о том, что часть услуг финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования, а часть предоставляется населению за счет средств областного и местного бюджетов.

Остановимся на анализе Территориальной программы ОМС на 2004 год. Глава вторая приложения к Постановлению правительства гласит: «За счет средств государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области финансируются расходы медицинских организаций на оплату труда, начисления на оплату труда, медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь и обмундирование». Однако столь размытая трактовка предоставляет конкретным лечебно-профилактическим учреждениям по-своему интерпретировать и распоряжаться полученными средствами Территориального фонда. Далее представлены виды медицинской помощи и услуги, финансируемые за счет средств ТФОМСа, включая амбулаторно-поликлиническую помощь, стоматологическую помощь, стационарную помощь, а также оказание медицинской помощи в ряде организаций здравоохранения г. Екатеринбурга и Свердловской области в соответствии с областным и муниципальными заказами.

⁸⁹ Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М., 2002 С. 513–115.

Представляется важным выделить виды, объем и финансирование медицинской помощи, осуществляемые за счет средств ОМС. Согласно Территориальной программе, ОМС «берет на себя» около 80 % амбулаторно-поликлинического, стационарного и стационароразмещающего обслуживания населения (табл. 10).

Таблица 10

Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках программы ОМС*

Виды медицинской помощи	%
Скорая медицинская помощь	-
Амбулаторно-поликлиническая помощь	81
Стационарная помощь	81
Стационароразмещающая помощь	79

Вместе с тем, общая доля финансирования медицинского обслуживания населения Свердловской области из средств ОМС составляет около 40 % (табл. 11). Такое различие в цифрах вполне обусловлено спецификой медицинской помощи и медицинских услуг, имеющих различные источники финансирования. Так, дорогостоящие медицинские услуги, медицинская помощь, оказываемая в организациях здравоохранения I–II категорий, домами ребенка, диагностическими центрами, патологоанатомическими бюро (отделениями), санаториями системы здравоохранения, станциями (отделениями, кабинетами) переливания крови и пр., имеют большую стоимость и финансируются областным и местным бюджетами. В целом, долю финансовых вложений в систему медицинского обслуживания населения Свердловской области можно представить следующим образом (табл. 11).

* Примечание: Доля рассчитана автором, опираясь на приложение 1 Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ, проживающих в Свердловской области, бесплатной медицинской помощью на 2003 г.

Таблица 11

**Распределения средств областного бюджета и средств
ОМС на финансирование областных государственных
организаций здравоохранения (%)**

Вид мероприятия	Областной бюджет	ОМС
Финансирование областных государственных лечебно-профилактических учреждений	86	14
Федеральные учреждения и Медицинский научно-технический комплекс "Микрохирургия глаза"		100
Медикаменты и расходные материалы для гемодиализа	100	
Расходные материалы и медикаменты для кардиохирургии и онкогематологии		100
Бесплатные и льготные медикаменты	100	
Детское питание пастообразное и смеси	100	
Областные целевые программы	86	14
Выравнивание финансовых условий деятельности медицинских учреждений		100
Интенсивная терапия		100
Реформирование поликлиники		100
Расходы, связанные с предоставлением льгот, установленных Федеральным законом "О ветеранах", Федеральным законом "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", Областным законом от 19 ноября 1998 года N 38-ОЗ "О социальной защите граждан, проживающих на территории Свердловской области, получивших увечье или иное повреждение здоровья, не повлекшие инвалидности, при прохождении военной службы	100	
Итого по областным государственным лечебно-профилактическим учреждениям, федеральным НИИ и целевым программам	64	36
Всего финансовых средств на реализацию Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, бесплатной медицинской помощью на 2003 год	62	38

* Примечание: Доля рассчитана автором, опираясь на раздел 2 Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ, проживающих в Свердловской области, бесплатной медицинской помощью на 2003 г.

Табличные данные показывают, что финансирование различных направлений системы медицинского обслуживания населения осуществляется как «единолично» Территориальным фондом ОМС, так и совместно с Правительством Свердловской области; доля ОМС составляет 38 % общего бюджета. На одного жителя Свердловской области Территориальный фонд ОМС выделяет 33,3 %, что составляет 787,5 рублей⁹⁰.

Мы попытались выделить долю ОМС в структуре общего финансирования медицинской помощи населения Свердловской области. Данные по отдельным территориям представлены в таблице 12.

Таблица 12

*Виды медицинской помощи, оказываемой
в рамках программы ОМС по территориям (%)**

Территория	Амбулаторно-поликлиническая	Стационарная	Стационаро-замещающая
Восточный округ	73	81	86
Южный округ	76	84	88
Горнозаводской округ	81	81	48
Северный округ	81	82	92
Западный округ	81	84	91
Г. Екатеринбург	91	89	86
Г. Арамиль	70	91	91
Г. Березовский	79	84	98
Режевской район	82	84	85
Сысертский район	26	62	36

Табличные данные показывают, что ведущие позиции в структуре амбулаторно-поликлинической помощи занимает г. Екатеринбург, в структуре стационарной помощи – г. Арамиль, в структуре стационарозамещающей помощи – г. Березовский. Такая ситуация связана с большими объемами медицинского обслуживания насе-

⁹⁰ См.: Приложение № 2 к Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2003 год.

* Примечание: Доля рассчитана автором, опираясь на раздел 1 Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ, проживающих в Свердловской области, бесплатной медицинской помощью на 2003 г.

ления данных территорий. Иная картина в Сысертском районе, что объясняется скорее невыполнением норм медицинскими учреждениями по оказанию медицинской помощи населению. Обратимся к распределению средств местными бюджетами и ОМС по территориям Свердловской области (табл. 13).

Таблица 13
Распределение средств местных бюджетов и средств ОМС по территориям (%)*

Территория	Местный бюджет	ОМС
Восточный округ	69	31
Южный округ	66	34
Горнозаводской округ	61	39
Северный округ	65	35
Западный округ	64	36
Г. Екатеринбург	52	48
Г. Арамиль	68	32
Г. Березовский	70	30
Режевской район	66	34
Сысертский район	79	21

Таблица демонстрирует лидерство г. Екатеринбурга, в котором медицинская помощь населению финансируется примерно в равных долях из средств местного бюджета и системы ОМС. Сысертский район и здесь выпадает из общей картины. Обратившись за комментариями к одному из ведущих специалистов Территориального фонда ОМС Свердловской области, мы установили, что невысокая доля финансовых отчислений в Сысертский район связана с нестабильной ситуацией в административной деятельности руководства центральной районной больницы. *«За последние четыре года, — отмечает эксперт, — здесь сменилось уже пять главных врачей. Население предпочитает медицинское обслуживание в других лечебных учреждениях, в частности, близость района к г. Екатеринбургу позволяет его жителям осуществлять «маятниковую миграцию» в целях получения медицинской помощи. От-*

* Примечание: Доля рассчитана автором, опираясь на приложение 6 Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ, проживающих в Свердловской области, бесплатной медицинской помощью на 2003 г.

сюда больница теряет деньги, не выполняет нормативы». Таким образом, речь идет о форме «наказания» медицинских учреждений: Территориальный фонд ОМС может применять санкции, в том числе и финансовые, за отклонение от общепринятых норм и правил.

В настоящее время организационная структура института ОМС имеет как позитивные, так и негативные стороны. Интересная дискуссия возникла по данному вопросу на страницах журнала «Стратегия России»⁹¹. Т.В. Чубарова (зав. Центром социальной политики ИМЭПИ РАН) в статье «Недуги здравоохранения» в качестве основной причины кризиса современной российской системы здравоохранения называет введение обязательного медицинского страхования. Автор призывает «сохранить бюджетную систему и серьезный контроль государства для обеспечения концентрации усилий, экономии средств и более высокого уровня социальной солидарности в обществе»⁹². Введение обязательного медицинского страхования, по мнению Т.В. Чубаровой, является результатом идеологических и политических факторов, связанных «с идеями рыночной трансформации российского общества, когда ставилась достаточно ясная задача – создать рынок во всех сферах»⁹³. В полемику с Т.В. Чубаровой вступают как ученые, так и врачи и управленцы в сфере здравоохранения. Л. Якобсон отмечает: «ОМС у нас не получилось потому, что эта система более сложная, более тонкая, более эффективная, чем бюджетная медицина. И именно поэтому, как все сложное, начинает работать только после какого-то ресурсного порога»⁹⁴. Р. Хальфин и Л. Рошаль аргументируют необходимость сохранения системы ОМС. Так, Л. Рошаль пишет: «ОМС спасло многие медицинские учреждения. Мы занимаемся неотложной хирургической помощью и травмами детского возраста. Лечение оплачивается за счет ОМС, никого из родителей мы не просим принести даже таблетку – все бесплатно... Наши зарплаты и питание больных тоже обеспечиваются за счет ОМС. И я не представляю, что было бы с нами сегодня, не будь ОМС»⁹⁵.

⁹¹ См.: Стратегия России. 2004. № 7 С. 15–30.

⁹² Чубарова Т. Недуги здравоохранения // Стратегия России. 2004. № 7. С. 23.

⁹³ Там же. С. 16.

⁹⁴ Якобсон Л. Сложно, потому и не работает // Стратегия России. 2004. № 7. С. 24–25.

⁹⁵ Рошаль Л. Крошками не накормишь // Стратегия России. 2004. № 7. С. 29–30.

Анализ позиций авторов, принявших участие в дискуссии, позволяет выделить следующие позитивные и негативные аспекты функционирования обязательного медицинского страхования в России. Негативный аспект функционирования ОМС связывается с разрастанием бюрократического аппарата, многоступенчатостью в регулировании финансовых потоков, что приводит к снижению качества и доступности медицинских услуг. К числу «плюсов» введения системы ОМС специалисты относят тот факт, что в условиях экономического кризиса переход на обязательное медицинское страхование стал единственным инструментом «выживания» здравоохранения, позволяющим рационально расходовать средства. Новая система была направлена на предоставление социально-гарантированного минимума бесплатной медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования, должна была установить контроль за ее качеством, начать перестройку здравоохранения в соответствии с потребностями населения и перейти к более рациональному использованию ресурсов в рамках лечебно-профилактических учреждений.

Дальнейшее развитие института связано с расширением и углублением вопросов социальной защиты населения в области охраны здоровья, в том числе создание условий для успешной реализации потребностей населения в получении качественной и доступной медицинской помощи. Важным становится анализ взаимодействия всех субъектов ОМС, построения системы отношений, направленной на продвижение социально значимых идей формирования здоровьесберегающего пространства.

2.2. Взаимодействие социальных общностей в обязательном медицинском страховании

Взаимодействие – одна из ключевых категорий социологической науки. «Весь сложный мир общественной жизни людей, – пишет П. Сорокин, – распадается на очерченные процессы взаимодействия»⁹⁶.

Категория взаимодействия включает сущностные и содержательные характеристики отношения между людьми, социальными группами и общностями. «Взаимодействие – любое поведение индивида, группы индивидов, общества в целом как в данный момент,

⁹⁶ *Сорокин П. А.* Общедоступный учебник социологии. Статьи разных лет / Ин-т социологии. М., 1994. С. 27.

так и в перспективе»⁹⁷. Социальное взаимодействие предполагает анализ социальных связей между субъектами взаимодействия, их характера, а также исследование условий и факторов, т.е. той социальной среды, внутри которой протекает процесс взаимодействия.

Взаимодействие всегда социально по своей природе, поскольку включает связи между индивидами, социальными группами, которые преследуют определенные цели. «Социальное взаимодействие, – отмечает Г.В. Осипов, – имеет субъективную и объективную стороны. Объективная сторона взаимодействия – это связи, независимые от отдельных личностей, но опосредующие и контролирующие содержание и характер взаимодействия. Субъективная сторона взаимодействия – это сознательное отношение индивидов друг к другу, основанное на взаимных ожиданиях соответствующего поведения»⁹⁸.

Социальное взаимодействие принимает различные виды и формы. Так, можно говорить о непосредственном и опосредованном взаимодействии, кратковременном и длительном, организованном и неорганизованном, солидарном и антагонистическом и т.п. Но самым важным представляется анализ содержания взаимодействия в любой из его форм. Для того, чтобы представить взаимодействие, нужно определить свойства взаимодействующих сторон, как индивидуальные, так и социальные, а также качество самого взаимодействия.

Генетической составляющей взаимодействия выступают нормы и ценности, характерные для данного этапа развития общества. Преломляясь сквозь призму собственных интересов, они становятся неотъемлемой частью повседневной практики индивида и социальной группы. Вместе с тем, существуют и конфликтные отношения между индивидуальными и социальными ценностями, которые «накладываются» и на процессы взаимодействия, что приводит к антагонизму взаимодействующих сторон.

В этом плане особое внимание следует уделить идеям Э. Гидденса, утверждающего, что «стабильность институциональных форм невозможна вопреки или вне взаимодействий»⁹⁹. «Любое со-

⁹⁷ Российская социологическая энциклопедия / Под общей ред. академика РАН Г. В. Осипова. М., 1999. С. 159.

⁹⁸ Социология. Основы общей теории / Под ред. Г. В. Осипова. М., 1996. С. 124.

⁹⁹ Гидденс Э. Устроение общества: очерк теории структуриации. М., 2003. С. 123.

циальное взаимодействие, – пишет Э. Гидденс далее, – есть взаимодействие ситуативное, происходящее в определенных (пространственных и временных) условиях. Его можно определить как прерывистое, хотя и регулярное появление взаимодействий, постепенно исчезающих во времени и пространстве, но одновременно постоянно воссоздаваемых в рамках различных пространственно-временных областей. Системный или рутинный характер взаимодействий, проявляющийся как во времени, так и в пространстве, отражает институционализированные свойства социальных систем»¹⁰⁰.

Э. Гидденс, опираясь на идеи Гофмана, пытается «соединить» микро- и макросоциологический уровни знания. Речь идет о том, что социальная жизнь, деятельность социальных институтов воспроизводится посредством социальных взаимодействий в повседневной «рутинной» жизни индивидов. Индивиды позиционируют себя в пространственно-временных контекстах деятельности. Эти идеи представляют для нас большой интерес, поскольку процесс взаимодействия общностей врачей (медицинских работников) и пациентов, а именно «соприсутствие» (Гофман), находится в фокусе нашего исследовательского интереса.

Социальные взаимодействия ведут к «становлению социальных отношений как определенной устойчивой системы связей индивидов... в условиях данного общества»¹⁰¹. Объективный характер социальных отношений постоянно воспроизводится в процессах взаимодействия, причем «отрабатываются» не только традиционные системы социальных взаимодействий, но и появляются новые, соответствующие «духу» современного общества, уровню его социально-экономического развития. Социальные институты выстраивают свою деятельность, опираясь на социальные отношения и продуцируя новые их формы в социальном пространстве.

Таким образом, социальные институты, опираясь на «рутинные» акты социальных взаимодействий индивидов, общностей, социальных групп, которые включены в функциональное поле института, не только осуществляют свою деятельность по воспроизводству социальных связей и отношений, но и развиваются, трансформируются, изменяются под давлением условий социальной среды.

¹⁰⁰ Гидденс Э. Устроение общества: очерк теории структуриации. М., 2003. С. 144.

¹⁰¹ Российская социологическая энциклопедия / Под общей редакцией академика РАН Г. В. Осипова. М., 1999. С. 359–360.

Сущность социального взаимодействия можно раскрыть в русле различных парадигм: социального обмена, символического интеракционизма, этнометодологии и др. Такое исследование имеет теоретическую значимость и большие перспективы в развитии социологической науки, включая отраслевую социологию. Однако в данной работе мы не будем останавливаться на теоретическом анализе подобного рода, ограничимся лишь постановкой проблемы.

Участниками взаимодействия в институциональном поле обязательного медицинского страхования являются такие социальные общности, как страхователи, страховщики, застрахованные и исполнители медицинских услуг (медицинские работники). В Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» (ст. 2) речь идет об основных субъектах страхового поля, которые выступают для нас социальными общностями.

Для понимания особенностей взаимодействия социальных общностей, включенных в институт ОМС, важно определить нормативно-правовые аспекты взаимодействия. Положив в основу законодательство РФ, которое и определяет правовой статус каждого субъекта, его права и обязанности, можно обозначить следующее нормативно-правовое взаимодействие субъектов (рис. 6).

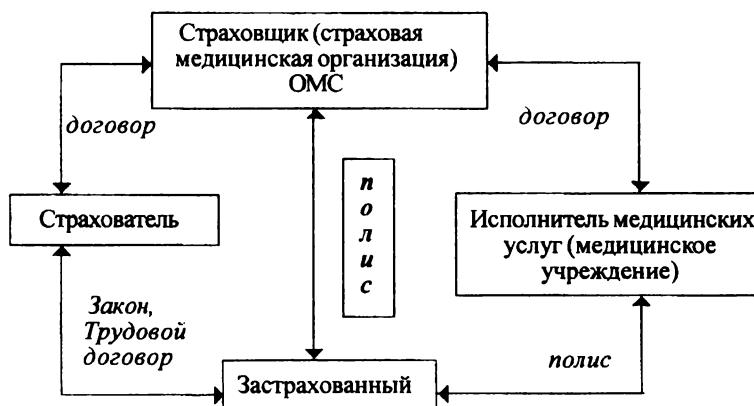


Рис. 6 Нормативно-правовое взаимодействие субъектов ОМС¹⁰²

¹⁰² Лисицын Ю. П. Указ. соч. С. 446.

На рисунке стрелками в общем виде представлено нормативно-правовое взаимодействие между основными субъектами обязательного медицинского страхования. Важно отметить, что два из четырех субъектов ОМС, а именно – исполнитель медицинских услуг, страховая медицинская организация, регулируя свою деятельность, непосредственно взаимодействуют с территориальными фондами ОМС.

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами страхования. Страховые медицинские организации заключают следующие группы договоров.

1. Договоры страхования с предприятиями, организациями и т.д., местной администрацией, т. е. со страхователями, обязанными платить страховые взносы. По таким договорам определяется контингент застрахованных в данной страховой организации, подтверждением чего является медицинский полис. Страховой взнос на ОМС устанавливается органами государственной власти в процентах фонда оплаты труда.

2. Договоры с медицинскими учреждениями на оплату услуг, предоставляемых застрахованным данной страховой организацией.

3. Индивидуальные договоры ОМС с гражданами, которым выдается страховой медицинский полис, в соответствии с которым предоставляется бесплатная медицинская помощь в рамках Территориальной программы ОМС.

4. Четвертая группа договоров заключается с Территориальным фондом ОМС. Финансирование осуществляется по дифференцированному среднему душевому нормативу, который отражает стоимость Территориальной программы ОМС на одного жителя и половозрастную структуру застрахованного контингента.

В целом, можно говорить о том, что, во-первых, страховщики выполняют посредническую функцию в системе нормативно-правового взаимодействия субъектов ОМС, во-вторых, именно они являются тем интегрирующим компонентом института, который в рамках нормативно-правовых отношений заключает договора со всеми субъектами ОМС.

В русле социологического анализа социального взаимодействия, как было отмечено выше, интерес представляет сущность и содержание взаимодействия, отношение всех субъектов института к обязательному медицинскому страхованию, удовлетворенность его деятельностью.

Социологическое исследование было проведено в 2004 году в г. Екатеринбурге; в нем приняли участие застрахованные в обяза-

тельном медицинском страховании, руководители и специалисты страховых медицинских организаций, медицинский персонал. При опросе застрахованных был использован квотный вид отбора (объем выборочной совокупности составил 568 человек), причем мы попытались учесть и снизить форсмажорные обстоятельства получения медицинской помощи (эпидемии гриппа и т.п.). Одним из главных условий опроса было посещение застрахованным медицинского учреждения, работающего в программе ОМС, и получение медицинской помощи в течение месяца до момента опроса. Доля мужчин составила 41 % опрошенных, женщин – соответственно 59 %. Распределение опрошенных по возрасту представлено на рисунке 7, возрастные группы примерно равны по численности.

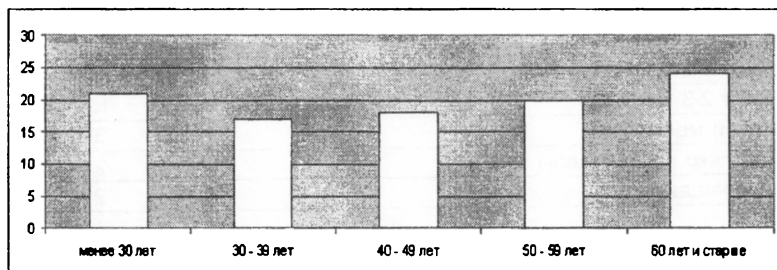


Рис. 7 Распределение опрошенных по возрасту

Одним из важных показателей взаимодействия застрахованных с медицинскими учреждениями является оценка застрахованными состояния собственного здоровья. Результаты такой оценки не являются объективным основанием для точных выводов, поскольку имеют субъективный характер и зависят от целого ряда факторов: психофизиологических особенностей индивида, его самочувствия на момент опроса, частоты заболеваний и характера их протекания и т.п. Между тем субъективная оценка состояния здоровья важна для нас прежде всего тем, что является некой связью, тем звеном, которое включает застрахованных в систему взаимодействий с медицинскими учреждениями.

Практически половина опрошенных оценила свое здоровье как хорошее, 40 % респондентов охарактеризовали свое состояние как удовлетворительное. Следует отметить, что на оценку состояния здоровья оказывают влияние такие факторы, как пол и матери-

альное положение. Так, более высоко оценивают свое здоровье мужчины и финансово благополучные респонденты. Внимание, которое уделяется опрошенными здоровью, не велико, лишь каждый третий застрахованный признал, что следит за своим здоровьем и включает в свой образ жизни механизмы, способствующие его сохранению и улучшению (полноценный сон, принятие витаминов и пр.).

От состояния здоровья зависит частота обращаемости пациентов в медицинские учреждения.

Таблица 14

***Частота обращений за медицинской помощью
(в % к числу опрошенных)***

Частота обращений	%
1-2 раза в год	42
1 раз в 2-3 года	36
1 раз в 2-3 месяца	15
Каждый месяц	3
Несколько раз в неделю	2
Не обращаюсь	2
Итого:	100

Чуть менее половины опрошенных посещают медицинские учреждения 1–2 раза в год. Это большей частью люди молодого и среднего возраста, имеющие высшее и среднее профессиональное образование. Частота обращения пропорциональна возрасту застрахованных: с возрастом у людей потребность в медицинских услугах увеличивается. Женщины значительно чаще обращаются в медицинские учреждения, чем мужчины. Каждый десятый опрошенный обращается за медицинской помощью в целях профилактики, 2/3 респондентов признались, что «посещают медицинские учреждения только в крайнем случае, когда методы и средства, применяемые при самолечении, не приносят позитивного результата». Практика самолечения, применяемая опрошенными, свидетельствует о нежелании «лишний раз» взаимодействовать с медицинскими учреждениями, поскольку «поход» к врачу не всегда «безболезнен». Речь идет о проблемах и трудностях, с которыми сталкиваются пациенты при получении медицинской помощи (табл. 15).

Таблица 15

**Трудности при получении медицинской помощи
(в % к числу ответивших)***

Трудности	%
Очереди, трудности с получением талона на прием	51
Невнимательность врачей и медперсонала, грубость в общении	45
Отсутствие индивидуального подхода при выборе лечения	29
Нежелание лечащего врача дать полную, доступную и понятную для пациента информацию по заболеванию	20
Неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия лечебного учреждения	20
Дорогостоящие медикаменты, процедуры и исследования, рекомендованные лечащим врачом	15
Отказ в лечении у другого врача	4
Отказ в лечении в другом медицинском учреждении	2
Отказ в бесплатном медицинском обслуживании из-за отсутствия местной прописки	1
Никаких трудностей, проблем не возникало	15
Итого:	202

Каждый второй застрахованный основной проблемой при получении медицинской помощи считает организацию «доступа к телу» врача, поскольку дорога для получения консультации специалиста пролегает через окно регистратора. Талонная система медицинского обслуживания в поликлинических учреждениях, с одной стороны, позволяет структурировать, регламентировать и организовать прием врача, с другой стороны, вполне объективно вызывают сложности при получении талона. Таким образом, взаимодействие с медицинским учреждением для застрахованного начинается с «талонной проблемы». На этом проблемы в системе взаимодействия застрахованных с исполнителем медицинских услуг не заканчиваются: чуть менее половины опрошенных отметили, что медицинский персонал невнимателен и зачастую груб в общении, 29 % пациентов «пожаловались» на отсутствие индивиду-

* Здесь и далее сумма составляет более 100 процентов, поскольку респонденты имели возможность выбрать несколько вариантов ответов.

ального подхода при лечении, каждый пятый обвиняет медперсонал в нежелании предоставить информационную картину его заболевания. В целом, в числе лидирующих трудностей при получении медицинской помощи оказываются проблемы взаимодействия «застрахованный – исполнитель медицинских услуг».

В ходе исследования мы провели несколько фокус-групповых интервью, которые также подтвердили обозначенные выше трудности во взаимодействии с медицинским персоналом. Вот комментарии одной из участниц фокус-группы: *«Мой недавний опыт общения с врачами я вспоминаю с ужасом. Я была как маленький крохотный винтик, который затруднял работу медперсонала. Мое желание получить ответы на вопросы, касающиеся моего здоровья, вызывали резкую негативную реакцию, попытки выяснить противопоказания и побочные действия назначенных лекарственных препаратов вызывали раздражение. Когда я обратилась к лечащему доктору с просьбой о консультации еще одного специалиста, мне было отказано в очень грубой и жесткой форме...»*.

Материалы исследования позволяют прийти к выводу, что опыт, приобретенный от взаимодействия с медработниками, имеет скорее негативную окраску. Однако далее в ходе исследования мы обратили внимание на противоречие, которое возникает при оценке качества, доступности, бесплатности медицинского обслуживания, а также при оценках респондентами характера взаимодействия с врачами.

Таблица 16
Характер взаимодействия пациента с лечащим врачом
(в % к числу опрошенных)

Характер взаимодействия	%
Отношения с врачом напряженные	6
Отношения с врачом формальные	32
Отношения с врачом дружеские	62
Итого:	100

Данные, представленные в таблице, свидетельствуют, что дружеские отношения с лечащим врачом сложились у большей части пациентов. Практика западных исследований показывает, что для более эффективного взаимодействия и высокого качества результата отношения должны иметь скорее нейтральный, формальный

характер. В нашем исследовании практически каждый третий респондент обозначил свой характер взаимодействия с врачом в данном ракурсе. Фокус-групповые интервью позволили заглянуть чуть глубже в сущность отношений «врач – пациент». *«Я стремлюсь к дружбе с врачом. Это «выгодно» для меня, поскольку я во время болезни оказываюсь в каком-то приниженном положении, а от него (врача) зависит, как скоро я буду чувствовать себя лучше».* «Формальные отношения с врачом мне не нужны. Я хочу иметь возможность в любое время позвонить врачу, проконсультироваться по телефону, чтобы он уделит мне больше времени». Дружба с врачом, по мнению пациентов, позволит отойти от формализации и увеличит доступность медицинских услуг различной направленности.

64 % пациентов удовлетворены взаимоотношениями, которые складываются с медицинским персоналом, и не готовы в ближайшем будущем сменить своего врача. К их числу относится и та группа пациентов, которая характеризует свои отношения с врачом как дружеские. Формализация отношений для российского пациента выливается в желание сменить врача (11 %), а также и медицинское учреждение (13 %). Действительно, в ситуации болезни пациенту хотелось бы, прежде всего, сочувствия, высокой степени готовности врача выслушать и понять, признать его полноправным субъектом взаимодействия, а не объектом лечебного воздействия. Отсюда идеализация образа «человека в белом халате», способного решить не только вопросы, касающиеся протекания болезни пациента, но и «целителя душевных недугов».

Исследовательские материалы позволяют охарактеризовать противоречивость в оценках застрахованными взаимодействия с медицинским персоналом. С одной стороны, в числе основных проблем при получении медицинской помощи обозначается неудовлетворенность врачами, с другой стороны, дружеский характер взаимодействия.

Особое внимание следует уделить оценкам медицинского персонала характера взаимодействия с пациентами. Большая часть опрошенных оценивает отношения с пациентами как формальные, причем в числе факторов неудовлетворенности работой лишь каждый десятый обозначил проблемы, связанные с взаимодействием с пациентами. Медицинские работники иначе оценивают характер взаимодействия с пациентами, и рассогласованность в оценках имеет, на наш взгляд, «естественное» происхождение, поскольку разные социальные общности как субъекты деятельности используют разные подходы к взаимодействию.

Интересна оценка социальными общностями, включенными в ОМС, – медицинскими работниками и застрахованными – качества и доступности медицинской помощи. Результаты исследования показывают, что и качество, и доступность пациенты оценивают значительно ниже, чем медперсонал – врачи и медсестры.

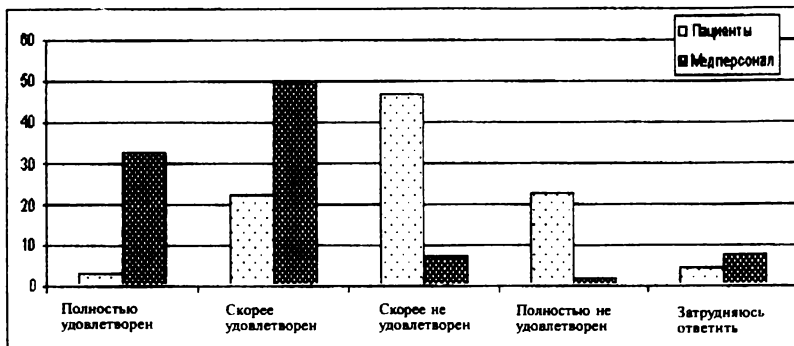


Рис. 8 Оценка качества медицинского обслуживания

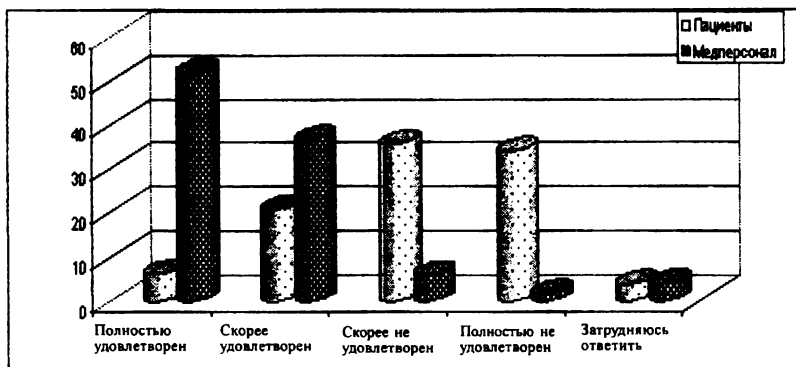


Рис. 9 Оценка доступности медицинского обслуживания

Таким образом, мы фиксируем рассогласованность во мнениях не только в отношении характера взаимодействия, но и в оценках качества и доступности медицинской помощи.

Пациенты оценивают качество и доступность медицинской помощи примерно в равных долях, чего нельзя сказать о медицинском персонале.

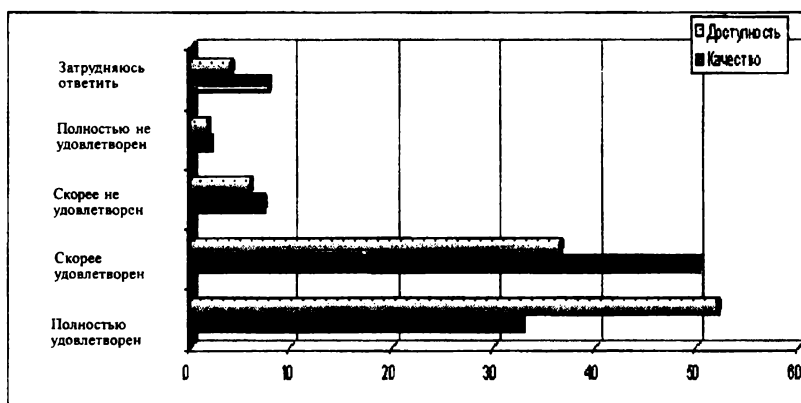


Рис. 10 Медперсонал об удовлетворенности пациентов качеством и доступностью медицинской помощи

Медработники четче обозначают свою позицию в отношении доступности медицинской помощи, считая, что пациенты удовлетворены скорее этим показателем, нежели качеством медицинского обслуживания. Вероятно, руководители медицинских учреждений и медперсонал ориентированы, в первую очередь, на предоставление доступной медицинской помощи: наличие специалистов, медицинского оборудования, расходных материалов, многообразие услуг позволяет удовлетворить не только запросы пациентов, но и оперативно отреагировать на возникшие «неприятные» обстоятельства, касающиеся здоровья пациента.

Несмотря на низкую степень удовлетворенности застрахованными качества и доступности медицинских услуг, оценка эффективности оказанной медицинской помощи достаточно высока: более половины опрошенных (60 %) выразили удовлетворенность эффективностью медицинских услуг.

Результатом практически любого визита к врачу является назначение лекарственных средств; высокая стоимость лекарственных препаратов, зачастую, снижает их доступность для населения.

Таблица 17

**Пациенты о возможности приобретения
лекарственных средств (% к числу опрошенных)**

Приобретение лекарств	%
Куплю более дешевый аналог	56
Куплю за любую цену	20
Откажусь от лечения	16
Придется обратиться за финансовой помощью	8

Более половины опрошенных готовы приобрести лекарственный препарат аналогичного действия, но за более низкую цену. Такая ситуация вынуждает пациентов обсуждать рекомендованные врачом лекарственные средства в силу невозможности приобретения дорогостоящих препаратов. В ходе фокус-группы одна из участниц отметила: *«Мне недавно выписали лекарство, оно оказалось очень дорогим. В аптеке мне объяснили, что есть российский аналог практически с таким же составом. Пришлось опять «бежать» к врачу и консультироваться о возможности применения лекарства отечественного производителя. Этот случай стал для меня хорошим уроком, и теперь, если приходится обращаться за медицинской помощью, я всегда уточняю стоимость выписанных мне препаратов и их возможные более дешевые заменители»*. Вместе с тем, каждый пятый опрошенный высказал готовность приобрести необходимые лекарственные средства независимо от их цены. *«Здоровье – это такой необходимый и важный ресурс, – комментирует участник фокус группы, – экономить на нем я не хочу. Сказал врач, что этот препарат самый лучший – пойду и куплю, даже если придется отказаться от чего-нибудь»*.

Вызывает некоторые опасения тот факт, что число пациентов, отказывающихся от лечения, в два раза больше, чем тех, кто готов обратиться за финансовой помощью. Отказываясь от приобретения лекарств, пациенты ставят себя в очень сомнительную позицию, поскольку эффективность лечения зависит от тех рекомендаций, которые дает врач. Надежда на «авось» в отношении здоровья – позиция очень рискованная, поскольку здоровье выступает необходимым условием активности индивида, его самореализации. Фокус-групповые интервью показали, что пациенты готовы приобретать лекарственные препараты, независимо от их стоимости, для детей; при этом, если препарат нужен взрослому, то большая часть

участников выразила сомнения по поводу их покупки. *«Для своего ребенка, конечно, я приобрету даже самые дорогие лекарства, лишь был бы толк от них, а для себя – как-нибудь обойдусь или куплю что-нибудь подешевле».*

Одной из практик, сложившихся в российском здравоохранении, являются различные формы благодарности со стороны пациентов. Врач, удовлетворив запросы пациента, ожидает достойное вознаграждение своего труда с его стороны. Поскольку государство не может достойно оценить труд медицинского работника, то бремя вознаграждения ложится на пациента.

Одним из первых и, безусловно, интересных исследований можно считать анализ неформальных платежей, проведенный авторским коллективом под руководством С.В. Шишкина¹⁰³. Авторы выделяют следующие модели неформальных платежей: плата по тарифу, плата по возможности, поборы, плата по просьбе, плата-благодарность. «Среди медицинских работников много сторонников платежей пациентов как формы «благодарности» и противников вымогательства денег у больных, что свидетельствует о существовании в среде врачей норм и стандартов, значительно уменьшающих возможный объем неформальных платежей и их получения с учетом возможностей пациентов»¹⁰⁴.

В нашем исследовании более половины опрошенных (59 %) признались, что «отблагодарили» медицинский персонал медицинского учреждения в материальной форме. Инициатором благодарности в большинстве случаев оказывался сам пациент (табл. 18).

Каждый четвертый опрошенный прислушался к совету родственников и друзей, которые, возможно, также практикуют различные формы благодарности при взаимодействии с медперсоналом. Российская традиция, на которую ссылаются 15 % респондентов, существует со времен советской системы здравоохранения, в которой оплата труда медперсонала была невысокой. Находясь в такой униженной позиции, врачи вынуждены обращаться к практике неформальных платежей.

¹⁰³ Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. М., 2003; *Шишкин С.* Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы // Журнал исследований социальной политики. 2003. Том 1. № 1. С. 107–127.

¹⁰⁴ Там же. С. 124.

Таблица 18

**Инициатор благодарности за медицинскую помощь
(% к числу опрошенных)**

Инициатор	%
Я сам (а)	48
Родственники и друзья	26
Российская традиция	15
Медработники (врач, медсестра)	9
Пациенты, больные	2
Итого:	100

Однако, по мнению пациентов, медперсонал сам не столь активен в требованиях, только 9 % опрошенных отметили врачей и медицинских сестер в роли инициатора благодарности. Одна из участниц фокусс-группы высказалась таким образом: *«Мои визиты к «дамскому доктору» бывают довольно частыми, и всегда я беру коробочку конфет или баночку кофе. Я сама принимаю такое решение. Пару раз я не успела приобрести что-нибудь для своего врача, однако он ни одного слова мне не сказал, а принял меня как всегда»*. Тем не менее в ходе фокус-групп была сформулирована еще одна позиция: *«Врачи предлагают заплатить деньги им лично, а не через кассу медицинского учреждения. Причем такой подход устраивает всех: пациент платит сумму гораздо меньшую «в руки» специалиста, врач получает больше от пациента, нежели через кассу за свой труд»*.

Анализ результатов фокусированных групповых интервью позволяет прийти к следующим выводам. Во-первых, характер благодарности зависит от опыта и профессиональной сферы врача. Так, одними из самых благодарных являются пациенты, которым предстоит операция, а также хронические больные, которые стремятся в системе постоянного взаимодействия *«получить не только эффективное лечение, но и психологический комфорт в отношениях с врачом»*. Во-вторых, желание отблагодарить зачастую возникает после успешно проведенного лечения: *«Меня привезли на скорой, думал уже не «выкарабкаюсь»*. Врачи, мне кажется, приложили все усилия. Конечно, когда я встал, моим первым желанием было отблагодарить персонал отделения. Родственники принесли цветы, коньяк, конфеты. В общем, все остались довольны». В-третьих, желание сократить

сроки ожидания при получении той или иной медицинской услуги стимулирует пациента на благодарность. *«Я очень занятой человек, у меня был всего один день для обследования, и я открыто и честно сказал об этом врачу, намекнув на то, что буду ей чрезмерно благодарен, если она сможет мне помочь. И действительно, мне очень быстро сделали анализ крови, УЗИ и еще что-то, даже проконсультировали с другими специалистами».* В-четвертых, благодарность позволяет надеяться на получение медицинской помощи более высокого качества. *«Благодарность выступает неким гарантом того, что я получу качественное медицинское обслуживание. Наверное, это стереотип, но бесплатное ассоциируется у меня с плохим качеством...».* *«Мне кажется, что врачи очень хорошо понимают больных, готовых заплатить или как-то отблагодарить в надежде на получение качественней помощи, и пользуются этим. Врач же не будет специально приглашать еще специалистов, если видит, какое у тебя заболевание. Он назначает одинаковое лечение людям как отблагодарившим, так и неотблагодарившим с одним и тем же заболеванием. Мне кажется, что мы стремимся купить внимание и хорошее отношение».* В-пятых, желание отблагодарить связано с потребностью уменьшить расходы на лечение по сравнению с оплатой через кассу медучреждения. Этот экономически выгодный вариант удовлетворяет и врачей и пациентов. В-шестых, инициативная благодарность со стороны пациента большей частью выражается в подарках, среди которых доминирует «стандартный набор»: цветы, конфеты, коньяк. *«Несмотря на то, что сегодня можно выбрать любой подарок, но, видимо, так уж сложилось, что мы «несем» врачу либо коробку конфет, либо бутылку вина, или коньяк».*

Благодарность как один из механизмов взаимодействия пациентов и врачей «работает» в системе здравоохранения в целом. Неформальные нормы и принципы имеют более длительную историю существования, нежели функционирование института обязательного медицинского страхования в современной России. Услуги врачей оплачиваются дополнительно к выделяемым средствам из ОМС со стороны пациентов. Здесь важно разделять желание самого пациента и требования со стороны медперсонала. В первом случае взаимодействие осуществляется на «добровольной» основе и не предполагает каких-либо жестких санкций в отношении, прежде всего, медработника. Что касается второго фактора, то здесь

следует четко разводить услуги, входящие в программу обязательного медицинского страхования, т.е. те услуги, которые предоставляются пациенту бесплатно, и услуги, предоставляемые сверх данной программы. Отсутствие информированности пациентов о медицинской помощи в рамках программы ОМС приводит к тому, что услуга может быть оплачена дважды: пациентом и страховой медицинской организацией.

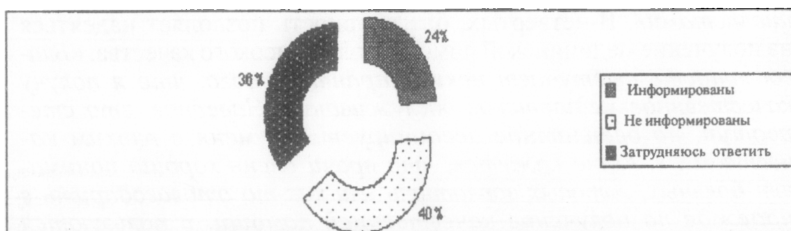


Рис. 11 Информированность пациентов о медицинских услугах, оказываемых бесплатно

36 % опрошенных признались, что не осведомлены о составе и характере медицинской помощи, оказываемой бесплатно, т.е. в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Только каждый четвертый пациент утверждает, что знаком с данными услугами. Для пациентов бесплатные медицинские услуги составляют некое «ноу-хау», что, несомненно, снижает ориентации застрахованного в пространстве медицинского обслуживания по критерию платности/бесплатности.

Очень важным представляется четкое установление того состава медицинской помощи, которую гарантирует государство всем застрахованным, и при усилении контроля за выполнением, повышении информированности самих застрахованных можно повысить доступность медицинских услуг. «Неформальные платежи неизбежно сохраняются, — пишет С. Шишкин. — Необходимо и возможно противодействовать их использованию по отношению к услугам, которые войдут в программу ОМС, сбалансированную с государственным финансированием»¹⁰⁵.

Одним из важных вопросов, касающихся взаимодействия медперсонала и застрахованных, является проблема отказа в меди-

¹⁰⁵ *Шишкин С.* Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы // Журнал исследований социальной политики. 2003. Том 1. № 1. С. 126.

цинском обслуживании – явление, результаты которого зачастую имеют непредсказуемый характер, ведущий к обострению заболеваний вплоть до летального исхода (табл. 19).

Более половины опрошенных врачей и каждый второй застрахованный признают, что не сталкивались с отказами в медицинской помощи. Раскрывая структуру причин отказа, мы сталкиваемся с различными позициями субъектов, которые можно охарактеризовать принципом «каждый тянет одеяло на себя». Так, каждый пятый пациент утверждает, что ему было отказано в медицинском обслуживании в силу отсутствия необходимого специалиста. 18 % врачей полагает, что основной причиной отказа пациенту является отсутствие показаний для госпитализации. Медперсонал не может признаться в отсутствии специалистов в лечебном учреждении, а пациенты, посещаая медучреждение, считают, что состояние их здоровья требует немедленного врачебного вмешательства с последующей госпитализацией.

Таблица 19

***Причины отказа в медицинской помощи
(% к числу ответивших)****

Причины	Пациенты	Медперсонал
Отсутствие специалистов	19	6
Проживание в другом районе	19	3
Отсутствие страхового полиса	14	7
Отсутствие показаний для госпитализации	5	18
Отсутствие оборудования	2	9
Никогда не отказывали	50	64

Проживание в другом районе как причину отказа в медицинской помощи отметили 19 застрахованных. Эту позицию следует прокомментировать особо. Внедрение на постсоветском пространстве России идеи обязательного медицинского страхования предполагало создание условий для «здоровой» рыночной конкуренции как страховых медицинских организаций, так и медицинских учреждений. Однако полностью эта идея так и не была реализована, поскольку «ближняя» социальная память и по сей день довлеет над обществом. Территориальный принцип медицинского обслуживания по-прежнему является ведущим, и медицинская помощь оказывается, как правило, «по месту жительства» застрахованного. Отсюда и отказы со стороны лечебно-профилактических учреждений в медицинских услугах гражданам, проживающим на «других

территориях». Отсутствие страхового полиса также является причиной отказа в медицинском обслуживании, подчеркнем, в получении бесплатной медицинской помощи в соответствии с Программой обязательного медицинского страхования. Однако данный фактор не выступает причиной отказа в получении платных медицинских услуг.

Страховой полис выступает основным «пропуском» при получении медицинской помощи и влияет на наличие/отсутствие актов взаимодействия застрахованных с медицинскими учреждениями. Анализ фокус-групповых интервью с застрахованными свидетельствует, что взаимодействие страховщика и застрахованного имеет ограниченный, разовый характер и касается именно вопроса выдачи страхового полиса. Вот что отмечает одна из участниц фокус-группы: *«Я пришла в страховую медицинскую организацию, мне вручили полис обязательного медицинского страхования, и на этом мое «общение» с ней закончилось»*.

В ходе фокус-групп мы попросили участников охарактеризовать роль страхового полиса в процессе взаимодействия с медицинскими учреждениями. Для большей части информантов полис обязательного медицинского страхования не имеет ценностной нагрузки. Одна из участниц интервью таким образом определила его функции: *«Полис, как мне кажется, это «лишняя бумажка», которая никоим образом не влияет на мои отношения с врачом. Просто нужно его предъявить, как проездной в транспорте»*. Другая участница следующим образом описала значимость страхового полиса: *«Его назначение мне совершенно непонятно, поскольку я все равно оплачиваю ряд медицинских услуг: ультразвуковое обследование, физиотерапевтические процедуры и пр. Получается, что я имею только право прийти на прием к врачу, причем, если я иду к узкому специалисту (окулисту, невропатологу и т.п.), я должна в 7 часов утра прийти в поликлинику за «номерком», и мне никто не дает гарантий, что я получу консультацию в указанное время»*.

Взаимодействие застрахованных со страховщиком в большей части случаев ограничивается выдачей страховых полисов обязательного медицинского страхования, причем застрахованные не знают его истинного назначения. Вместе с тем, одной из функций страховых медицинских организаций является осуществление контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг, в том числе предъявление исков медицинским учреждениям по фактам нарушения условий обязательного медицинского страхования или причинения ущерба застрахованным.

Интервью со специалистами страховых медицинских организаций показало, что взаимодействие с застрахованными не ограничивается выдачей страховых полисов, пациенты в ряде случаев обращаются к страховщикам с жалобами и претензиями на медицинское обслуживание в конкретных медицинских учреждениях. Страховщики отмечают, что в среднем в течение месяца по городу проходит около 30 подобных заявлений, причем форма заявлений может быть разной: как устной (зачастую по телефону), так и письменной. Каждая претензия имеет частный, локальный характер, который не связан с функционированием обязательного медицинского страхования в целом. Как отмечает один из руководителей страховой медицинской организации, *«число жалоб, если смотреть от численности всех застрахованных, составляет очень незначительную долю. Конечно, жалобы есть, каждая жалоба разбирается, но сказать, что это такое «системное недовольство», нельзя, скорее всего, каждая имеет частный характер, связанный с какими-либо конкретными обстоятельствами, то есть не с самой системой оказания медицинской помощи как таковой».*

По мнению страховщиков, лишь около 60 из 100 жалоб являются обоснованными. К их числу можно отнести следующие группы жалоб:

- 1) необоснованная оплата медицинских услуг из средств застрахованного, в т.ч. приобретение лекарственных препаратов, расходных материалов (шприцы, бинты и т.п.) в условиях стационарного лечения;
- 2) невысокое качество медицинского обслуживания в целом;
- 3) конфликтные отношения с медицинским персоналом, грубость, невнимательность и т.п.;
- 4) организационные проблемы медицинских учреждений, касающиеся трудностей, связанных с приемом и консультацией врача;
- 5) плохие санитарно-гигиенические условия медицинского учреждения.

Среди перечисленных страховщиками претензий, с которыми обращаются застрахованные, значительная доля принадлежит жалобам, касающимся приобретения за счет личных средств пациента лекарственных препаратов, входящих в Перечень жизненно необходимых, а также невнимательность и грубость со стороны медицинского персонала. Таким образом, во-первых, и в том, и в другом случае имеют место явные нарушения прав пациентов, закрепленных в Конституции Российской Федерации, Основах за-

конодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Законе Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»^{*}. Во-вторых, представленные материалы являются еще одним подтверждением того, что пациентов система взаимодействия с медицинскими учреждениями не удовлетворяет в полной мере.

Что касается жалоб, имеющих необоснованный характер, то они связаны, прежде всего, с «эмоциональным настроем застрахованного. Порой нелюбезное отношение со стороны медицинского персонала формирует мнение о некачественной медицинской услуге. Другими словами, лечение проведено на должном высоком уровне, а некорректное поведение медицинских работников «смазывает» эффект».

Для определения характера жалобы, степени ее обоснованности «проводится экспертная проверка. Экспертами выступают специалисты страховых медицинских организаций. Мы также можем привлечь специалистов Управления здравоохранения, Территориального фонда ОМС, независимых экспертов. Экспертная комиссия дает заключение обоснованности жалобы, поступившей в страховую медицинскую организацию».

В ходе интервью со специалистами страховых медицинских организаций мы попытались типологизировать застрахованных, обращающихся в СМО. В основу типологии «жалобщиков» могут быть положены следующие критерии:

- характер жалоб: жалобы, связанные с оплатой медицинских услуг, жалобы на грубость при взаимодействии с медицинским персоналом, жалобы на качество медицинского обслуживания в целом; жалобы на организационные и санитарно-гигиенические условия в процессе получения медицинской помощи;
- степень обоснованности жалобы: застрахованные, имеющие обоснованные жалобы, и застрахованные с необоснованными жалобами;
- частота обращения в страховые медицинские организации: постоянные клиенты и разовые клиенты;
- мотивы обращения в страховые медицинские организации: материальная компенсация за потраченные на медицинское обслуживание средства и моральная компенсация, направленная на

^{*} На проблеме реализации правовых интересов пациентов более подробно мы остановимся в следующей главе.

«моральное наказание медицинского учреждения, медперсонала. Наиболее типичное высказывание такого плана: *«мне деньги не нужны, мне надо их проучить»*.

Большая доля пациентов, обращающихся в страховые медицинские организации, приходится на пенсионеров и инвалидов. Руководители и специалисты страховых медицинских организаций единодушны во мнении, что самыми недовольными пациентами являются люди пожилого и старого возраста и люди с невысоким материальным положением. Самые скандальные – это мужчины, которые более требовательны и агрессивно настроены на взаимодействие со страховыми компаниями. Один из специалистов таким образом охарактеризовал самых «недовольных» застрахованных: *«Я вижу две основные группы самых недовольных. К первой группе можно отнести бабушек: они не могут ждать в очереди, врач плохо выписывает рецепты, грубит и относится к ней невнимательно, не желает выслушать. Чаще всего именно в этой категории наибольшее число необоснованных жалоб. Ко второй группе я бы отнесла родителей ребенка, имеющего серьезное заболевание либо травму. С родителей «тянут» деньги, и они вынуждены обратиться в страховую медицинскую организацию, и чаще всего их жалобы являются обоснованными»*.

Таким образом, несмотря на то что для значительной части застрахованных непосредственное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями имеет разовый, точечный характер, страховщики обязаны и готовы взаимодействовать с пациентами по вопросам, касающимся медицинского обслуживания в лечебных учреждениях, с которыми СМО, в свою очередь, взаимодействует на основании договоров. Взаимодействие СМО и медицинских учреждений имеет формализованный характер. Страховые медицинские организации проводят плановые экспертизы, осуществляя таким образом контроль за расходованием средств медицинского учреждения, в штате СМО есть специалисты, осуществляющие контроль за качеством медицинской помощи. *«Мы взаимодействуем с лечебными учреждениями ежедневно, – говорит один из руководителей страховой медицинской организации, – практически каждую неделю медучреждения сдают нам информацию о проделанной работе. Это постоянный контакт, иногда даже несколько раз в день созваниваемся»*.

Что касается медицинского персонала, то более половины опрошенных в числе проблем, которые возникают в лечебно-профи-

лактических учреждениях отмечают недостаточное финансирование ОМС, а каждый десятый опрошенный указал на трудности взаимодействия со страховыми медицинскими организациями. *«Постоянные проверки со стороны СМО затрудняют эффективное выполнение наших непосредственных функций – лечение пациентов»*. Кроме того, большая часть опрошенных не смогла четко сформулировать функционал страховых медицинских организаций.

Вместе с тем, третья часть опрошенных медицинских работников считает обязательное медицинское страхование необходимым для успешного функционирования здравоохранения (рис. 12), однако 28 % респондентов в ОМС не испытывают потребности. Интересен тот факт, что 38 % опрошенных затруднились четко обозначить свое мнение о необходимости ОМС. Это свидетельствует скорее о низкой степени информированности, прежде всего, «рядовых» врачей и медсестер о назначении обязательного медицинского страхования, его роли как в системе здравоохранения, так и в обществе в целом.

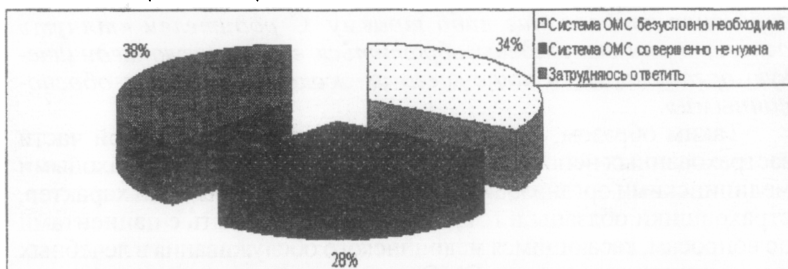


Рис. 12 Оценка значимости системы ОМС

Лучше всего информированы об ОМС, механизмах его деятельности администрация и руководители медицинских учреждений. Они четко обозначают функциональное поле и Территориального фонда ОМС, его филиалов, и страховых медицинских организаций. Что касается медперсонала в целом, то для него важным скорее является выполнение непосредственных профессиональных обязанностей, нежели социальные механизмы и функциональные связи субъектов института.

В целом, страховую медицинскую организацию можно охарактеризовать как посредническое звено между медицинским учреждением и застрахованными. Ее роль усиливается в случаях нарушений в отношении застрахованных со стороны медучрежде-

ний. Страховщикам на основе жалоб, поступивших от застрахованных, приходится накладывать санкции на медицинское учреждение. Обоснованность жалобы определяется экспертной комиссией, и исполнителям медицинских услуг приходится доказывать свою «невиновность», в противном случае могут последовать штрафные санкции. Размеры штрафов устанавливаются Территориальным фондом ОМС и согласуются с Федеральным фондом ОМС и органами здравоохранения. Как отметил один из страховщиков, говоря о системе взаимодействия медучреждений и страховых медицинских организаций: *«работает как часы»*.

Еще одной социальной общностью, включенной в страховое поле института ОМС, являются страхователи. В соответствии со ст. 9 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» страхователь имеет право на участие во всех видах медицинского страхования, свободный выбор страховой организации, осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования.

Взаимодействие страхователей со страховыми медицинскими организациями строится на договорной основе, поскольку «страхователь обязан заключить договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией» (ст. 9 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»). Как отмечают страховщики: *«Мы заключаем договоры со страхователями, однако процесс этот очень сложный: часть страхователей относится к нему формально, часть считает, что мы мешаем им работать, но есть и такие, которые заинтересованы в сотрудничестве с нами»*. Один из страховщиков подчеркнул формализацию взаимодействия со страхователем: *«Работаем мы с ними на договорной основе, где все пункты прописаны и подлежат выполнению и с нашей стороны, и со стороны страхователей»*. Основной целью взаимодействия со страхователем на сегодняшний день выступает необходимость в обновлении информационной базы о застрахованных: *«Мы посылаем извещение работодателям с просьбой предоставить списки застрахованных и заключить договор»*. Страховые медицинские организации занимаются перерегистрацией ранее выданных страховых полисов ОМС, поскольку, как отмечают сами страховщики, *«застрахованных больше, чем проживающих, очень много граждан, которые имеют несколько полисов, есть люди, поменявшие место жительства, изменившие свою фамилию и пр.»*.

Практически все специалисты страховых медицинских организаций пришли к выводу о том, что страхователь *«стоит в стороне»*, *«абстрагируется от системы ОМС»*. И на это есть ряд объективных причин, которые связаны, прежде всего, с функционалом страхователя: страхователь обязан платить страховые взносы, тариф которых устанавливается на федеральном уровне. *«Роль страхователя сегодня занижена, – отмечает один из руководителей страховой медицинской организации. Это связано с тем, что они платят единый социальный налог, часть которого возвращается нам, а путь этот очень длинный. Страхователь не «видит», куда ушли его деньги»*. По сути, страхователь финансово не заинтересован в выборе той или иной страховой организации.

Таким образом, страховые взносы, которые отчисляет страхователь, поступают не в конкретные медицинские учреждения и страховые медицинские организации, в данном случае отсутствует прямое взаимодействие субъектов страхования. Страховой взнос на ОМС, во-первых, включен в состав единого социального налога; во-вторых, устанавливается государством, а не договором страхования. Страхователи занимают некоторую неопределенную позицию в качестве полноценного, полноправного и гармоничного субъекта обязательного медицинского страхования. По существу, в качестве именно субъекта ОМС можно считать государство, которое не только устанавливает размер страхового взноса, но и распределяет и перераспределяет страховые средства через фонды ОМС как организационные некоммерческие структуры.

Исследование показало, что лишь одна из четырех основных социальных общностей обязательного медицинского страхования, а именно страховщики, осуществляет взаимодействие со всеми общностями. К тому же, они лучше всего осведомлены о механизмах и функционале деятельности института. Застрахованные, взаимодействуя, прежде всего, с медицинскими учреждениями, не могут четко обозначить свой статус в институте и выстраивать свои действия в соответствии с этим статусом. Медицинский персонал (исполнитель медицинских услуг) зачастую использует в своих интересах низкий уровень информированности застрахованных о нормах и принципах, опираясь на которые, институт ОМС функционирует в обществе. Страхователи практически *«выключены»* из системы взаимодействий субъектов, что связано с ограниченностью их роли как финансового инструмента, пополняющего запасы страховых фондов.

3. ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Становление в российском обществе правового государства актуализирует вопросы, связанные с правовыми аспектами жизнедеятельности гражданина, реализацией его правовых интересов во всех сферах. Это касается и тех прав, которые должны быть реализованы в системе медицинского обслуживания и охраны здоровья. Права пациента, их реализация, экономическое и законодательное обеспечение – новые, но достаточно важные для современного российского общества темы.

Права пациента – специфические права, производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных прав человека, реализуемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении человека. Гарантия прав пациента – предусмотренное законом, иным правовым актом или договором обязательство по выполнению содержащихся в них норм и положений, обеспечивающих реализацию прав пациента при предоставлении медицинских и сервисных услуг¹⁰⁶.

Одним из наиболее важных международных правовых актов, касающихся прав человека в области охраны здоровья, является Всеобщая декларация прав человека, принятая в 1948 году. Статья 25 гласит: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по независящим от него обстоятельствам.

Закрепление во Всеобщей декларации прав человека права на медицинскую помощь, тем не менее, не является обязательным для реализации, необходима его регламентация на уровне конкретного государства. Однако это важный документ, поскольку государства, поддержавшие декларацию, не могут ограничивать права своих граждан и вступать в противоречие с принципами и нормами, заявленными в Декларации».

¹⁰⁶ Методические рекомендации «Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования» (утв. приказом Федерального фонда ОМС от 06.09.00).

Право на охрану здоровья и получение медицинской помощи закреплено в Конституции РФ (ст. 41):

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Для нас наиболее важными выступают следующие моменты. Во-первых, медицинская помощь, согласно Конституции РФ, должна осуществляться бесплатно в государственных и муниципальных медицинских учреждениях. Во-вторых, страховые взносы являются одним из источников финансирования медицинского обслуживания. В-третьих, должна «работать» система санкций в сфере медицинского обслуживания. Можно утверждать, что в Конституции РФ институционализировано существование и развитие обязательного медицинского страхования.

Нормы, закрепленные в Конституции РФ, нашли свое дальнейшее развитие в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан. При обращении за медицинской помощью, согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья, пациенты имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов;

- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказ от медицинского вмешательства;
- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

С 1 января 2005 года вступил в силу Закон РФ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений...». Закон принципиально не изменил права пациентов, заложенные в Основы законодательства РФ об охране здоровья, лишь уточнив, что пациент имеет право на выбор врача общей практики (семейного врача).

Пациентом принято считать человека, независимо от его состояния здоровья, обратившегося за медицинской помощью в медицинские учреждения любой организационно-правовой формы, а также к врачу частной практики. Права, закрепленные в Основы, касаются именно прав пациента, а значит могут распространяться на абсолютно все медицинские учреждения, в том числе работающие в обязательном медицинском страховании.

Обратимся к Закону РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», в котором регламентированы права граждан в системе медицинского страхования. Согласно Закону граждане России имеют право на:

- обязательное и добровольное медицинское страхование;
- выбор медицинской страховой организации;
- выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования.

Права пациента в обязательном медицинском страховании расширяются: во-первых, пациент имеет право как на обязательное, так и на добровольное медицинское страхование, во-вторых, он может выбрать страховую медицинскую организацию. Пациент, заключивший договор обязательного медицинского страхования, приобретает новый правовой статус и становится застрахованным в ОМС – полноправным субъектом института. Пациентов, таким образом, можно разделить на две группы: застрахованные в ОМС и обслуживаемые в медицинских учреждениях, включенных в ОМС, и здесь, согласно Конституции РФ, медицинская помощь должна оказываться бесплатно; и застрахованные в ОМС и обслуживаемые в других медицинских учреждениях (негосударственных), а также получающие медицинскую помощь у врачей частных практик. В последнем случае они не могут воспользоваться статусом застрахованного в ОМС. Вполне закономерно возникает вопрос о пациентах, не застрахованных в системе обязательного медицинского страхования. Доля таких пациентов очень небольшая, по различным данным, в институт ОМС в статусе застрахованных включено около 98 % населения России.

Нами была выдвинута следующая гипотеза: активное реформирование системы здравоохранения, формирование и развитие

рынка медицинских услуг обострили проблемы реализации прав пациентов. Низкий уровень информированности пациентов о своих правах в системе обязательного медицинского страхования, незнание правовых механизмов их защиты, низкая правовая активность не только затрудняют реализацию прав в полном объеме, но и влекут за собой как снижение социальных гарантий в области получения медицинской помощи, так и конкретные случаи нарушений прав пациентов.

Результаты исследований прав пациентов в системе обязательного медицинского страхования демонстрируют ряд проблем и противоречий, которые существуют в правовом поле. Прежде всего, следует охарактеризовать правовую осведомленность пациентов – застрахованных ОМС.

Уровень информированности пациентов о своих правах в сфере здоровья невысокий, лишь каждый четвертый опрошенный отметил, что осведомлен по данному вопросу достаточно хорошо. Участники фокус-групповых интервью также продемонстрировали невысокую правовую осведомленность. В ходе группового обсуждения правовых интересов пациентов участники высказали мнение об отсутствии реализации на практике прав и норм, которые закреплены в действующем законодательстве. Согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 31) пациент имеет право на получение информации о состоянии здоровья. Одна из респонденток так описала опыт посещения врача: *«Мой опыт посещения врача следует определить скорее как «горький» или «плачевный». «Дамский доктор» назначил мне очень сильный гормональный препарат, в результате приема которого я оказалась в больнице с сильнейшим кровотечением. Как мне объяснили врачи стационара, проводя медицинское обследование, этот препарат совершенно не подходит для меня. Врачу следовало бы назначить препарат, более слабый, оказывающий более «мягкое» действие. К сожалению, никто не задумывается о том, что любой врач просто обязан дать полную и исчерпывающую информацию о состоянии здоровья и способах его лечения. У нас просто нет выбора...».*

Здоровье выступает одной из смысложизненных ценностей индивида, причем «страх» за свое здоровье обостряется в условиях болезни. Пациенты стремятся не «ссориться» с лечащими врачами, боясь оказаться «один на один» со своей болезнью. Отсюда безграничная вера людям в белых халатах и готовность оплатить все медицинские услуги. В ходе фокус-группового интервью одна

из участниц так описала свои действия: «Прием врача «стоил» для меня совсем немного – коробка конфет и банка кофе. Врач направил меня на ультразвуковое обследование, причем, даже не написав направления и заверив, что сегодня медицинское обслуживание исключительно платное, а уж тем более такая услуга, которая мне необходима. Заплатив 300 рублей врачу (специалисту УЗИ), я, просидев в очереди около часа, выясняя, что, имея направление от лечащего врача, я могла бы записаться на ультразвуковое обследование и пройти его совершенно бесплатно».

Рассуждения участников фокус-группового интервью показывают, что система информационной и просветительской деятельности функционирует неэффективно. Для реализации правовых установок пациентов необходимо создать условия для получения информации. Современное лечебно-профилактическое учреждение монополизирует информацию, а пациенты не владеют в полном объеме теми сведениями, которые помогли бы принять то или иное решение в сфере собственного здоровья. Вот комментарии одного из специалистов страховой медицинской организации: «Больницы заинтересованы информацией где-нибудь в темном углу повесить, чтоб никто не видел, и стараться за услуги с пациента деньги взять».

Основной причиной низкого уровня правовой осведомленности пациентов является отсутствие просветительской деятельности в тот период, когда государство объявило о введении обязательного медицинского страхования, а именно в начале 90-х гг. XX века. Определяя организационную структуру института и его функционал, была «забыта» информационная деятельность среди населения.

Какие же источники информации, по мнению застрахованных, способствуют повышению информационного уровня (табл. 20)?

Таблица 20

Источники повышения уровня информированности о правах пациента (% к числу ответивших)*

Источники	%
Средства массовой информации (телевидение, радио, газеты и пр.)	57
Информационные стенды, буклеты и т.п. в лечебно-профилактических учреждениях	48

Окончание таблицы см. на след. стр.

Окончание таблицы 20

Источники	%
Врач как источник информации	23
Консультации специалистов страховых медицинских организаций	19
Итого:	147

Средства массовой информации, по мнению опрошенных, выступают наиболее действенным механизмом, который способен повысить уровень информированности о правах в сфере получения медицинской помощи. Что касается информационных стендов в лечебно-профилактических учреждениях, то, по данным Территориального фонда обязательного медицинского страхования, практически все медицинские учреждения оснащены полиграфической продукцией, раскрывающей права пациента в сфере здоровья. Однако эффективность данного способа вызывает сомнения, даже несмотря на то, что 48 % опрошенных считают его важным источником информации. Один из респондентов предложил такой механизм: *«Информация о правах должна быть представлена в личной карточке и выдаваться в ЛПУ в виде различных буклетов»*.

По мнению опрошенных, врач также может выступать информационным источником, который способен разъяснить права пациента в системе обязательного медицинского страхования. Вместе с тем, по результатам опроса врачей, каждый второй признал, что сам не имеет полной информации о правах пациента в сфере здоровья. Кроме того, врачи с трудом могут определить собственное правовое поле, в рамках которого протекает их профессиональная деятельность. Консультации специалистов страховых медицинских организаций как информационный источник отмечают 19 % респондентов.

Сами страховщики признают, что правовая осведомленность пациентов очень низкая. *«При выдаче страховых полисов мы даем информацию об основных положениях программы, правах и обязанностях застрахованных, имеется такая брошюрка «Права и обязанности застрахованных», и она выдается всем, кто получает у нас полис»*. Это высказывание скорее исключение, чем правило. Большая часть страховщиков признала, что обязательно информирует застрахованных в том случае, если они начинают задавать вопросы. Страховщики отмечают, что в страхо-

вых медицинских организациях имеются специальные информационные уголки, где каждый желающий может найти необходимую информацию о своих правах в области охраны здоровья. В целом, страховщики скорее перекалывают «на плечи» медицинского учреждения информационно-просветительскую функцию: *«Информировать застрахованного не является обязательным условием выдачи страхового полиса, если он желает ознакомиться со своими правами, то имеет возможность это сделать и в лечебных учреждениях, и у нас; в общем-то эта информация открыта»*. Речь идет еще об одной проблеме, которую затронули специалисты страховых медицинских организаций: желании самого застрахованного обладать правовой информацией. *«Пациенты недостаточно информированы, но не по причине отсутствия такой информации, а по причине того, что они сами этого не желают либо не сталкивались еще с подобными проблемами»*.

Как нам кажется, существует две основные проблемы в области информированности застрахованных в ОМС. Первая проблема касается потребности самих пациентов в ней и отсутствия действенных механизмов ее формирования. «Основными задачами каждого из нас как потенциального пациента должны быть следующие: защитить себя от недоброкачественной медицинской помощи и предпринять усилия для получения помощи качественной. О достижении данных целей можно судить только тогда, когда пациент ощущает себя максимально защищенным. Это предполагает, что пациент: 1) сам осознанно и обоснованно делает выбор в сфере медицинской помощи; 2) согласен, что эффективный язык дискуссии «пациент-медработник» – язык юридический, а надежный аргумент – обязательная к исполнению норма права; 3) не сомневается, что самая главная и самая сильная фигура в здравоохранении – это он, пациент; 4) видит во взаимоотношениях «здравоохранение – пациент» не столько свободное творчество, сколько регламентированные законом процедуры, права, обязанности, ответственность каждой из сторон; 5) повседневно применяет свои права как инструмент безопасной жизнедеятельности; 6) имеет навыки самозащиты прав, опыт использования представителей; 7) не питает излишних иллюзий о заботливости государственных систем, в том числе здравоохранения; 8) является грамотным, требовательным и эффективным пользователем здравоохранения – системы, созданной и функционирующей на его (налогоплательщика) деньги;

9) осваивает статус «потребителя», а не «просителя» медицинских услуг»¹⁰⁷.

Вторая проблема заключается в неэффективности каналов информационно-просветительской деятельности, существующей в настоящее время. «Для реального осуществления индивидами своих прав необходимо создать условия для получения ими информации, – пишет Е.В. Дмитриева. – Средства должны расходоваться не только на клиническую медицину, но и на совершенствование информационной системы здравоохранения. В настоящее время больницы и другие медицинские учреждения обладают в некотором смысле монополией на информацию. В большинстве случаев клиенты не имеют представлений об уровне проведения операций, соотношении удачных и неудачных вмешательств, критериях отбора пациентов для них и т.п. Данные вопросы особо значимы в условиях... страховой медицины, когда пациенты имеют право выбора лечебного учреждения»¹⁰⁸.

Одним из стратегических направлений деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования (региональный уровень) видится разработка и реализация концепции правовой информированности пациентов. На федеральном уровне разработаны методические рекомендации «Обеспечение информированности населения о правах в области охраны здоровья» (утв. Федеральным фондом ОМС 24.08.99), которые предлагают следующие направления работы в этой области:

- 1) работа с обращениями граждан;
- 2) работа со средствами массовой информации;
- 3) выпуск наглядных материалов (календари, брошюры и т.д.)
- 4) размещение информации о правах пациента в медицинских учреждениях, страховых медицинских организациях, территориальных фондах ОМС.

Страховщики утверждают, что активно работают по первому направлению – с обращениями граждан – и при обоснованной жалобе «наказывают» медицинские учреждения.

Работа со средствами массовой информации, согласно методическим рекомендациям, может проводиться по следующим направлениям:

¹⁰⁷ Глушкова С. И. Права человека в России: теория, история, практика. Екатеринбург, 2002. С. 423.

¹⁰⁸ Дмитриева Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М., 2002. С. 125.

- публикация информации о правах граждан в области охраны здоровья;
- комментарии врачей, экономистов, юристов по конкретным обращениям граждан;
- публикации отчетов территориальных фондов ОМС о результатах работы по защите прав застрахованных, в том числе по судебной практике;
- публикации номеров телефонов «горячей телефонной линии» и расписания приема граждан в ТФОМС и СМО.

Работа со средствами массовой информации, пожалуй, самая трудная задача для страховщиков. *«У нас есть несколько журналистов, которые пишут на тему прав застрахованных; ну, напишут они раз в год на эту тему, получают гонорар и все... Газете публикации подобного рода уже не нужны, пока не случится чего-нибудь особенного».* Страховщики отмечают, что средства массовой информации «просят» большие финансовые средства для размещения элементарной «визитницы», в которой указаны телефоны, адреса и т.п. страховых медицинских организаций, Территориального фонда ОМС. *«После одной публикации другое издание перепечатало наши телефоны и нам продолжали длительное время звонить пациенты... И это неплохо, так мы можем повысить информированность пациентов, а по-другому, к сожалению, дорого...».*

Наглядные материалы как механизм информационно-просветительской деятельности в области прав застрахованных используются, однако эффективность такого механизма – вопрос, который остается на сегодняшний день открытым. В страховых медицинских организациях имеются специальные брошюры, затрагивающие различные аспекты прав застрахованных, которые *«были, но уже закончились»*, полиграфическая продукция, даже высокого качества, не выполняет эффективно свои функции. Информация должна соответствовать новым требованиям современной рекламы. Как отмечено в методических рекомендациях, «информацию целесообразно сочетать с часто используемыми сведениями (расписание поездов, автобусов, календари, схемы метро и др.)».

Что касается медицинских учреждений, то здесь имеет место также неэффективно работающий механизм информирования пациентов: в медицинских учреждениях информация предоставляется, однако число пациентов, ее усваивающих, невелико.

Для успешной реализации государственной политики в области охраны здоровья на региональном уровне необходимы дополни-

тельные усилия, причем не только финансового, но и административно-контролирующего характера. Информационный голод, который испытывают застрахованные, необходимо утолить.

Еще один вопрос, который на сегодняшний день открыт, – это статус страхового полиса обязательного медицинского страхования. Вот как комментируют его необходимость участники фокус-групп: *«Страховой полис нужен только для того, чтобы тебя «пустили» к врачу»; «Совершенно непонятно, для чего его вообще получают»; «Он как проездной или талон в транспорте»; «Или как билет в кино, в цирк...»*. Одна из участниц определила ограниченность страхового полиса таким образом: *«Мне нужна была консультация эндокринолога, а в нашей поликлинике его нет. Если бы он был у нас, то принял бы «по номерку» бесплатно, а мне пришлось оплачивать его услуги в другой поликлинике»*. Страховой полис обязательного медицинского страхования сводится пациентами к «пропуску» в мир бесплатной медицинской помощи, но только по месту жительства и только к услугам тех специалистов, которые ведут прием в конкретном медицинском учреждении.

Н. Головина, П. Ореховский считают: «За страховым полисом нет соответствующих юридических обязательств, возникающих между страхователем и страховщиком. Такая ситуация предопределена несколькими обстоятельствами:

- граждане могут получать медицинскую помощь по своему полису фактически только в одном лечебно-профилактическом учреждении (по месту жительства);
- полис никак не соотносится с кругом медицинских услуг, предоставляемых данным лечебно-профилактическим учреждением;
- страховыми фирмами не проводится индивидуальный учет – кто из обладателей полиса обратился за медицинской помощью, а кто – нет»¹⁰⁹.

Таким образом, статус страхового полиса ОМС, пожалуй, остается весьма размытым, а сам страховой полис не является документом, гарантирующим получение бесплатной доступной медицинской помощи.

¹⁰⁹ Головина Н., Ореховский П. Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы // Общество и экономика. 2005. № 3. С. 71.

Уровень информированности застрахованных о механизмах правовой защиты выше, чем о правах в области здоровья. 40 % опрошенных считают, что осведомлены о том, какие организации и структуры должны защищать их права в этой сфере. В числе таких организаций были названы Общество по защите прав потребителей, Управление здравоохранения, Министерство здравоохранения, судебные органы. Вместе с тем, Территориальный фонд ОМС и его филиалы, страховые медицинские организации практически не были названы в качестве «защитников», хотя именно последние, согласно ст. 15 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», обязаны «защищать интересы застрахованных». Кроме того, на федеральном уровне разработаны методические рекомендации «Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования» (утв. приказом Федерального фонда ОМС от 06.09.00), согласно которым субъектами системы обеспечения и защиты являются следующие органы и представители:

- орган законодательной власти субъектов РФ;
- орган исполнительной власти субъектов РФ;
- страхователи;
- территориальный фонд ОМС;
- страховые медицинские организации и их ассоциации;
- лицензионно-аккредитационная комиссия;
- лечебно-профилактические учреждения;
- прокуратура;
- антимонопольный комитет;
- уполномоченный по правам человека;
- профсоюзные органы;
- общество защиты прав потребителей;
- средства массовой информации;
- граждане;
- третейские суды;
- арбитражные суды;
- суды общей юрисдикции.

Наибольший интерес для нас представляют страховые медицинские организации. Каким образом происходит защита прав застрахованных страховыми медицинскими организациями как субъектом ОМС? Страховщики оценивают обоснованность жалобы,

проводя медико-страховую экспертизу¹¹⁰; это целевая экспертиза* отдельно взятого случая медицинской помощи. Поводами для проведения целевой экспертизы могут служить¹¹¹:

1) необходимость подтверждения надлежащего объема и качества медицинской помощи в случае сомнений, возникающих при первичном экспертном контроле;

2) письменная жалоба пациента, его родственников или страхователя на качество медицинской помощи в медицинском учреждении;

3) случаи летальных исходов и инвалидизации пациентов (которые требуют особого внимания).

Большая часть жалоб, как мы отмечали выше, касается вопроса оплаты медицинских услуг. *«Если больной обращался амбулаторно, то мы запрашиваем у лечебного учреждения амбулаторную карту, если больной пролежал в стационаре – историю болезни, выписку смотрим, принимаем заявление нашего застрахованного, в котором он указывает свои претензии. Обязательно необходимо иметь рецепты, счета, чеки, и на основании этого смотрим, действительно ли были нарушения или нет»*. Гражданин имеет право требовать возмещения понесённых затрат при условии их достоверного подтверждения¹¹². Отсутствие финансовых документов (чеки, выписки) у застрахованных, подтверждающих понесенные ими расходы, является причиной отказа в возмещении им денежных средств.

¹¹⁰ Право граждан на проведение экспертизы закреплено в Основях законодательства РФ об охране здоровья граждан.

* Экспертиза может быть плановой – это экспертиза определенной совокупности случаев медицинской помощи, отобранных статистическими способами

¹¹¹ См.: Методические рекомендации Федерального фонда ОМС от 12.05.99 «Организация вневедомственного контроля качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования субъекта РФ».

¹¹² Право граждан на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи закреплено в Гражданском кодексе РФ; Основях законодательства РФ об охране здоровья граждан; Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ». Федеральным фондом ОМС разработаны методические рекомендации: Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования (утв. Федеральным фондом ОМС 27.04. 98).

Возмещение вреда (ущерба) заключается в выплате потерпевшему денежной суммы, которую он произвел или должен будет произвести для восстановления нарушенного здоровья в связи с оказанием ему некачественной медицинской или лекарственной помощи, а также возмещением упущенной выгоды и морального ущерба. Под упущенной выгодой понимается, например, заработок, который мог бы иметь пациент; моральный ущерб можно трактовать как физические и нравственные страдания, и для их компенсации пациент должен доказать данный факт.

Поскольку медицинское обслуживание предстает в виде совокупности медицинских услуг, а пациент, застрахованный в обязательном медицинском страховании, выступает их потребителем, то в данном случае можно утверждать о регламентации его прав в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей». Согласно ст. 29 Закона пациент как потребитель медицинской услуги может потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- безвозмездного повторного выполнения работы;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами и третьими лицами.

Специалисты-практики в области обязательного медицинского страхования выделяют следующие наиболее часто встречающиеся нарушения прав пациентов:

- необоснованный отказ от оказания медицинской помощи (отказ от госпитализации в стационар, отказ в оказании амбулаторной помощи, отказ от перевода из одного лечебного учреждения в другое, неоказание медицинской помощи в экстренных ситуациях, в частности, связанных с дорожно-транспортной, производственной, бытовой травмой);
- оказание медицинской помощи низкого качества;
- причинение вреда жизни и здоровью пациента при оказании медицинской помощи;
- нарушение условий и режима лечения;
- предоставление недостаточной или неверной информации о заболевании;
- разглашение врачебной тайны;
- необоснованное взимание или требование платы за лечение;
- профессиональные и должностные злоупотребления со стороны медицинских работников;

- дефекты в оформлении медицинской документации¹¹³.

Ответственность медицинских работников в обязательном медицинском страховании имеет как административный, так и уголовный характер. Административная ответственность устанавливается Кодексом РФ об административных правонарушениях и законами об административных правонарушениях, принятыми субъектами РФ. Наиболее распространенным видом административного наказания является административный штраф. «Права человека в сфере охраны здоровья, – пишет С. И. Глушкова, – защищены российским уголовным законодательством. Так, под причинением вреда здоровью пациента, в том числе медицинскими работниками, Уголовный кодекс РФ предусматривает: либо телесные повреждения, т.е. анатомические или функциональные нарушения органов и тканей, либо заболевания и патологические состояния, возникшие в результате действия различных (физических, включая механические, химические, биологические, психологические) факторов внешней среды. При этом в Уголовном кодексе РФ определяются три степени тяжести вреда здоровью: тяжкий, средний и легкий; степень тяжести устанавливается судебно-медицинской экспертизой на основании соответствующих квалификационных признаков»¹¹⁴.

К числу наиболее опасных преступлений, затрагивающих интересы пациента согласно Уголовному кодексу, специалисты относят:

- причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (Ст. 109, ч. 2);
- причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (Ст. 118, ч. 2, 4);
- принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (Ст. 120);
- заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (Ст. 122, ч. 4);
- незаконное производство аборта (Ст. 123);
- неоказание помощи больному (Ст. 124);

¹¹³ <http://www.medinfo.ru/jurist/prava>

¹¹⁴ Глушкова С. И. Указ. соч. С. 423.

- незаконное помещение в психиатрический стационар (Ст. 128);
- нарушение неприкосновенности частной жизни с использованием своего служебного положения (Ст. 137, ч. 2);
- незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (Ст. 233);
- незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (Ст. 235).

«Если в ходе экспертиз выявляются какие-либо нарушения, недостатки, недочеты, например некачественное оказание медицинской помощи, то дальше переходим ко второму этапу – персонифицированной защите каждого конкретного застрахованного». Регулирование правовых вопросов страховые медицинские организации начинают с администрации лечебного учреждения. Если согласие не было достигнуто, то страховая медицинская организация привлекает для разрешения проблемы Территориальный фонд обязательного медицинского страхования и его филиалы. Страховая медицинская организация может от имени заявителя подать иск в суд: *«Мы обязаны предоставить защиту в суде, это прямая обязанность страховой компании – предоставлять защиту нашим застрахованным».* *«Крайний случай – это возбуждение уголовного дела в отношении противоправных действий врачей».*

Анализ интервью с руководителями и специалистами страховых медицинских организаций показывает, что в Свердловской области сложилась практика досудебных разбирательств. *«У нас практически все решается на досудебном уровне: или в пользу лечебного учреждения, или в пользу застрахованного».* Такой вариант решения проблем наиболее рационален как для медицинских учреждений, так и для застрахованных: более быстрое рассмотрение жалобы по сравнению со сроками судебного дела, экономия на судебных расходах.

Страховая медицинская организация выступает и одним из субъектов системы вневедомственного контроля качества медицинской помощи^{*}. В соответствии с методическими рекоменда-

^{*} Ведомственный контроль осуществляется экспертным путем должностными лицами лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, клиничко-экспертными комиссиям и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения. См.: Приказ Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.96 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ».

циями Федерального фонда ОМС от 12.05.99 г. «Организация вневедомственного контроля качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования субъекта РФ» основными задачами субъектов вневедомственного контроля являются:

- организация в пределах своей компетенции медицинской и медико-экономической экспертизы с целью обеспечения права застрахованных граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и контроля обоснованности размеров оплаты медицинских услуг из средств ОМС;

- повышение ответственности медицинских учреждений за несоблюдение договорных обязательств, принимаемых ими в отношении объемов, качества и условий оказания медицинских услуг, методами экономического воздействия.

Итак, страховые медицинские организации призваны защищать правовые интересы застрахованных в ОМС. Но готовы ли сами пациенты защищать свои права в сфере здоровья?

Результаты анкетирования свидетельствуют, что 2/3 опрошенных высказали готовность к защите своих прав, однако такая высокая степень активности на когнитивном уровне резко снижается на уровне поведенческом – лишь 3 % опрошенных обращались в различные структуры (администрация медицинского учреждения, страховая медицинская организация и пр.) в случаях нарушения своих прав как пациентов, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования. Большая часть опрошенных (56 %) основной причиной нежелания обратиться за помощью считает отсутствие времени, поскольку именно этот ресурс является самым необходимым при включении индивида в систему правовой защиты. Отсутствие доверия к существующим на сегодняшний день инструментам правовой защиты высказал каждый пятый респондент, а 14 % пациентов заявили, что *«даже не знали, что можно куда-то обратиться»*.

Страховщики также отмечают, что застрахованные зачастую не желают защищать свои права. *«У нас больные боятся идти в суд, чаще всего они пишут доверенность на наше лицо и мы идем в суд»*. Однако даже такие случаи не столь часты в практике страховых организаций. В чем же причины, по мнению страховщиков, отказа пациентов защищать свои правовые интересы? Основной причиной специалисты страховых медицинских организаций называют страх пациента. В силу территориального принципа предоставления медицинской помощи пациент будет обращаться в ту же поликлинику или стационар, к тем же врачам, на которых «по-

жаловался» в страховую организацию. Вот комментарии одного из специалистов страховой организации: *«В нашей деятельности был такой случай. Поступила обоснованная жалоба, все документы были на руках, и вдруг он (застрахованный) отказался; звонит: «Мы передумали, нам некогда, у нас сломана машина, мы очень заняты... Мы жалобу отзываем». Мы дело завели, столько уже работы сделали: написали исковое заявление, написали в Фонд (ТФОМС), получили ответ. Все! 99 человек нам не пожалуются, и этот сотый, который пришел, он все равно «сорвался». Они боятся, может быть их запугали, я не знаю... Но что-то надо с этим делать.... Бабушки чаще всего отказываются: «Мне ничего не надо, поговорила с дочерью, я передумала, за мной следят, мне в замочную скважину напихали спичек, установили видеонаблюдение... Больше ко мне не обращайтесь...». Так бывает довольно часто: работаешь, работаешь и вот...».*

Специалисты затрудняются ответить, влияют ли медицинские учреждения на отказы пациентов, имеют ли место угрозы со стороны медицинских работников. Однако возможно, такая практика и существует, поскольку лечебно-профилактическому учреждению «легче» и безболезненнее договориться с застрахованным «напрямую», избегая посредников и громкой огласки существующих нарушений при оказании медицинской помощи. *«Был такой случай: женщина-роженица, которую обезболили на операционном столе «за деньги», обратилась к нам (в страховую медицинскую организацию) с жалобой. Ей звонили из страховой компании, которая с нее взяла деньги, предлагали отказаться. Но она оказалась очень принципиальной и стойкой. А остальные не хотят судиться, они боятся, им проще деньги заплатить...».*

В ходе фокус-групповых интервью участники сформулировали следующую установку, касающуюся нежелания обращаться в организации, призванные защищать права пациентов: *«Лучше заработать деньги и оплатить медицинские услуги, чем получать гарантированную государством бесплатную медицинскую помощь, которая фактически отсутствует и защищать свои права в сфере обязательного медицинского страхования».*

Результаты исследования убедительно демонстрируют существующее противоречие между высокой степенью готовности пациентов защищать свои права и реальными действиями, направленными на «отстаивание» своих правовых интересов. Следует

особо подчеркнуть тот факт, что большую готовность к защите проявляют родители: *«Если будут какие-либо нарушения при оказании медицинской помощи, касающиеся меня, я, наверное, и «промолчу», но если это будет касаться моего ребенка, уверена – «дойду» до министра (здравоохранения), до суда и сделаю все необходимое...»*.

В ходе исследования мы попытались типологизировать стратегии застрахованных, положив в основу такие показатели, как готовность к защите своих прав в системе ОМС (активность – пассивность) и ожидаемый результат от своих действий (оптимизм – пессимизм). Выделим наиболее характерные черты каждой из них (рис.13).

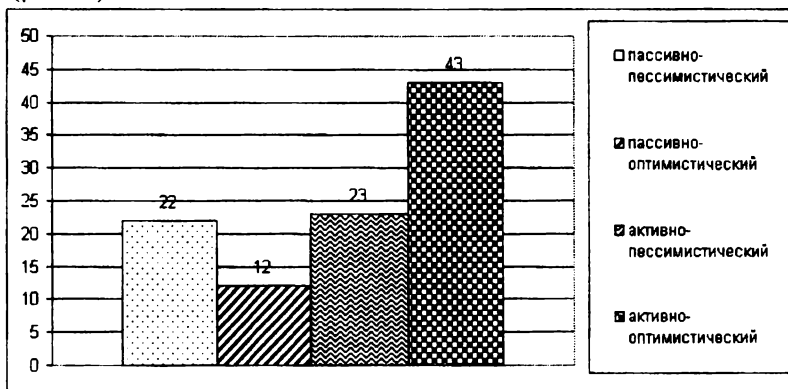


Рис. 13 Стратегии пациентов в правовом поле ОМС

1. *Пассивно-пессимистический тип стратегии* (22 % опрошенных). В эту группу вошли пациенты, которые признались, что не готовы защищать свои права в сфере здоровья в случае их нарушений. Причем, свой отказ эта группа респондентов объясняет невозможностью реальных изменений в системе здравоохранения. Речь идет о том, что никакие действия не приведут к улучшению ситуации в правовом пространстве, а скорее сыграют негативную роль в отношении самих пациентов. Нежелание пациента «портить отношения с врачом», страх перед медицинским работником, а точнее, страх оказаться «один на один» со своей болезнью вынуждает пациентов опасаться ссоры с врачом, ибо в условиях состояния нездоровья, по мнению респондентов, перекрываются каналы получения медицинской помощи надлежащего качества.

Стратегия действий пациентов отличается как пассивностью, так и пессимизмом, отсутствием особых надежд и иллюзий. Данную группу составляют в основном женщины и мужчины молодого и среднего возраста. Частота обращений за медицинской помощью составляет 1–2 раза в год.

2. *Пассивно-оптимистический тип стратегии* (12 % опрошенных). Стратегия застрахованных, которых можно отнести к данной группе, имеет противоречивый характер. С одной стороны, пациенты не высказали готовности защищать свои правовые интересы, однако, с другой стороны, вполне оптимистично настроены на позитивный результат в поиске защиты прав в системе здравоохранения. В данном случае опрошенные руководствуются следующим принципом: «Я сам не буду защищать свои права в сфере здоровья, но надеюсь, что у кого-то это успешно получится». Решение вопросов правовой защиты требует от пациентов затрат времени и собственных усилий, именно этот фактор в качестве причины отмечает данная группа опрошенных. В ходе интервью один из участников опроса описал данную модель стратегии следующим образом: *«Я считаю, что мои действия не приведут к каким-то хорошим результатам, а скорее, наоборот, усложнят отношения с врачом и медицинским учреждением в целом. Если меня что-то не устраивает в данной поликлинике или больнице, я предпочту обратиться в другое медицинское учреждение, даже в коммерческое. А «качать свои права» я не стану, потому что это требует и времени и сил, а этот ресурс не хочется так использовать»*. Пассивно-оптимистической стратегии придерживается третья часть опрошенной молодежи в возрасте до тридцати лет, кроме того, в эту группу вошли и мужчины среднего возраста.

3. *Активно-пессимистический тип* (23 %). Практически каждый четвертый опрошенный определил себя как активного гражданина, готового к защите своих прав и интересов. Вместе с тем, оценка ожидаемого результата своей деятельности довольно низкая. Отсутствие информации о действенных каналах и механизмах, позволяющих эффективно реализовать права застрахованного в системе ОМС, «тормозит», сдерживает позитивный настрой на результат. Отсюда, пациенты готовы к защите своих прав, но не видят реальных успешных результатов социально-правовой активности. Такой модели стратегии придерживаются как мужчины, так и женщины молодого возраста, а также небольшая доля людей, переступившая порог пенсионного возраста.

4. *Активно-оптимистический тип* (43 %). Этот тип стратегического поведения отличается крайне активной социальной позицией и большой долей оптимизма в правовой области. Пациентов отличает высокая степень готовности к защите прав, причем результатом будут выступать реальные позитивные изменения в системе защиты прав в сфере здоровья. Одна из участниц интервью прокомментировала свою позицию следующим образом: *«Мы слишком долго боялись сделать что-то неправильное и недо-зволненное. Сейчас очень важна принципиальная позиция в области личностных интересов. Нужно быть готовым к защите своих прав во всех сферах, и только тогда, когда все люди это поймут, и будет высокая эффективность, изменится ситуация в здравоохранении. Я готова и буду защищать свои интересы при получении медицинской помощи, важно, чтобы наше государство создало нам необходимые условия для такой защиты»*. В эту группу вошли большей частью люди пожилого и старого возраста. Частота обращений за медицинской помощью – практически каждый месяц. Для данной группы характерны факты обращения в страховые медицинские организации, в администрацию медицинских учреждений с вопросами защиты правовых интересов в системе ОМС.

В российском обществе в практике обязательного медицинского страхования проходят сложные процессы информационного насыщения населения в системе правового регулирования взаимодействий «пациент – медицинский работник», «пациент – страховая медицинская организация». Низкая степень информированности граждан о своих ключевых правах в сфере охраны здоровья выступает тормозом развития цивилизованного рынка медицинских услуг; правовой нигилизм, патерналистский тип отношений в системе здравоохранения снижают эффективность реформирования современного общества, а зачастую и небезопасны для жизни и здоровья его граждан.

Модели стратегий пациентов в правовом поле ОМС позволяют определить приоритетные направления работы с каждой из выделенных нами групп. Деятельность Территориального фонда, страховых медицинских организаций должна быть направлена на повышение эффективности взаимодействия с пациентами, демонстрацию правовых возможностей защиты их интересов в страховом поле.

Основными проблемами реализации прав пациентов в рамках института обязательного медицинского страхования можно считать следующие.

- Низкая правовая осведомленность пациентов, застрахованных в ОМС, о своих правах в области охраны здоровья является тормозом их полноценной реализации.

- Высокая готовность к защите прав на когнитивном уровне резко снижается на уровне поведенческом.

- Практика нарушения прав пациентов касается большей частью двух проблемных зон – оплаты медицинских услуг пациентом, реально оплаченных из ОМС, и нарушений, касающихся грубости медицинского персонала.

- Страховые медицинские организации как субъект ОМС обязаны защищать права застрахованных, и страховщики отмечают высокую степень готовности «работать» с пациентами, однако функционал информационного просвещения склонны перекладывать на «плечи» медицинских учреждений.

В целом, становление правового государства – важный этап дальнейшего укрепления и развития России. Реализация правовых интересов граждан во всех сферах, включая и медицинское обслуживание – неотъемлемое условие дальнейших шагов в этом направлении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обязательное медицинское страхование в современном российском обществе – институт, деятельность которого направлена на формирование защитного поля для населения в сфере медицинского обслуживания, позволяющего увеличить доступность медицинских услуг, выравнивать стартовые возможности при их получении, а также способствовать снижению социальной напряженности и конфликтности.

Институциональный подход как методологический инструмент социологического анализа – наиболее «работающий» в исследовательском пространстве ОМС, поскольку позволяет охарактеризовать функционал ОМС, оценить эффективность его деятельности, выделить характер и особенности как межинституциональных, так и внутриинституциональных связей, прежде всего, между социальными общностями, включенными в институт.

Основным базовым принципом, на который опирается институт в своей деятельности, является принцип «социальной справедливости», зародившийся еще в эпоху рабовладения и феодализма и сегодня приобретающий новое звучание: богатый платит за бедного, здоровый за больного. Формирование современного типа института ОМС началось в середине XIX века и связано с изменением всей системы общественных отношений, развитием капиталистических основ производства. Просуществовав около полувека в России, институт был упразднен в силу социалистической ориентации общественной системы, в которой особое место занимали институты социального обеспечения.

Предпосылками возрождения института ОМС в начале 90-х гг. XX века послужили кризис системы здравоохранения и становление рыночных отношений в России. Особая роль принадлежит государству, регламентирующему деятельность института, прежде всего, через систему норм и санкций, которые закреплены в законодательной базе, и регулирующему систему взаимодействия социальных общностей. Институт ОМС – это инструментальный институт, «навязанный» государством для сохранения системы бесплатной медицинской помощи населению.

Организационная структура ОМС включает Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды и их филиалы, а также страховые медицинские организации. Деятельность организационной структуры института жестко регламентирована и бюрократична, что в условиях кризисного состояния системы здравоохранения

имеет несомненные преимущества, позволяющие «твердой рукой» направлять финансовые потоки.

Обязательное медицинское страхование взаимодействует как с институтами государства и здравоохранения, так и с экономическими институтами и институтом права. Если рассматривать ОМС как институт, производный от страхования, то именно сущность последнего принято раскрывать с экономических позиций как финансового (денежного) механизма, регулирующего риски в различных сферах жизнедеятельности индивида. Институты права включаются в деятельность ОМС практически постоянно, поскольку для обязательного медицинского страхования характерна формализация нормативного поведения и действий основных субъектов.

Взаимодействие общностей, включенных в институт ОМС, формализовано и осуществляется на основании договоров, однако страховой полис ОМС, получаемый застрахованными, имеет неопределенный статус и выступает в качестве «билета», открывающего «двери» к взаимодействию с исполнителем медицинских услуг. Территориальный принцип (по месту жительства) оказания медицинской помощи выступает «тормозом» для становления рынка медицинских услуг, а ограничения в выборе страховой медицинской организации снижают конкуренцию между ними. Медицинский персонал оценивает качество и доступность медицинских услуг выше, нежели сами пациенты, практикующие неформальные платежи в сфере получения медицинской помощи.

Взаимодействие застрахованных со страховщиками имеет эпизодический характер и в большинстве случаев ограничивается получением страхового полиса. Вместе с тем, имеется небольшая группа «жалующихся» пациентов, с которыми страховая медицинская организация как субъект ОМС обязана работать. Страховщики, выполняя контролирурующие функции, активно взаимодействуют с медицинскими учреждениями, проводя медико-страховые экспертизы. Страхователи практически исключены из системы взаимодействия, их задачей выступает лишь перечисление страхового взноса на ОМС, входящего в единый социальный налог.

Анализ взаимодействия общностей позволил прийти к выводу об отсутствии связи между всеми общностями, включенными в институт ОМС. Таким образом, одной из перспективных задач ОМС становится формирование такой системы взаимодействия, которая привела бы к повышению эффективности реализации функций института, его социальной ориентации.

Низкий уровень информированности застрахованных о своих правах в ОМС значительно снижает их реализацию и ведет к тому, что для исполнителей медицинских услуг становится весьма привлекательной, прежде всего, двойная оплата медицинских услуг. Высокая готовность застрахованных защищать права в области охраны здоровья на когнитивном уровне снижается на уровне поведенческом. Как отмечают страховщики, зачастую пациенты отказываются от своих заявлений.

Проблемы, существующие сегодня в ОМС, имеют институциональный характер, а институт ОМС на сегодняшний день находится в кризисном состоянии. Можно выделить два основных аспекта кризиса ОМС. Объективная сторона кризиса проявляется в том, что обязательное медицинское страхование не справляется в полной мере с теми задачами, которые возложило на него государство. Субъективная сторона связана с неудовлетворенностью населения деятельностью института. ОМС сам нуждается в «лечении» и модернизации. К числу основных направлений выхода из кризиса мы бы отнесли:

- совершенствование законодательной базы, касающейся, прежде всего, гарантий государства на получение бесплатной медицинской помощи;
- определение конкретного перечня медицинских услуг, оплата которых не гарантирована со стороны ОМС;
- формирование системы взаимодействия общностей института;
- активизация деятельности страхователя и его роли как субъекта ОМС;
- включение страховых принципов в ОМС, позволяющих конкурировать медицинским учреждениям и страховым медицинским организациям;
- информационное просвещение застрахованных в ОМС о своих правах в области охраны здоровья;
- совершенствование системы защиты правовых интересов застрахованных.

Одним из важных шагов выхода обязательного медицинского страхования из кризиса и новым этапом в развитии института может стать принятие нового Закона «Об обязательном медицинском страховании граждан РФ», проект которого планирует рассмотреть в ближайшее время Государственная Дума.

Институт ОМС имеет большие перспективы в российском обществе, важно, чтобы его функционирование отвечало требованиям не только экономической целесообразности, но и социальной направленности.

Литература

1. **Антонова Н. Л.** и др. Реализация прав пациентов в системе ОМС (опыт социологического исследования) // Социология медицины. – 2004. – № 1. – С. 45–48.
2. **Антонова Н. Л.** Защита прав пациента в системе обязательного медицинского страхования // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 3. – С. 55–57.
3. **Арон Р.** Этапы развития социологической мысли. – М.: Издательская группа «Прогресс»-«Политика», 1992.
4. **Балобанов И. Т., Балобанов А. И.** Страхование. – СПб.: Питер, 2002.
5. **Белановский С. А.** Методика и техника фокусированного интервью. – М.: Наука, 1993.
6. **Вебер М.** О некоторых категориях понимающей социологии / Избранные произведения: пер. с нем. – М.: Прогресс, 1990.
7. **Веблен Т.** Теория праздного класса: пер. с англ. – М.: Прогресс, 1984.
8. **Веселкова И. Н., Комаров Ю. М.** Как сохранить нацию. – М.: Академкнига, 2002.
9. **Волков Ю. Г.** и др. Социология. – М.: Градарики, 2003.
10. **Воробьев А. А., Деларю В. В., Куцепалов А. В.** Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач-пациент // Социология медицины. – 2004. – № 1. – С. 39–45.
11. **Вялков А. И.** Основы региональной политики в здравоохранении. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
12. **Галицкий О. И., Дмитриев В. И., Щербаков В. И.** Изучение мнения пациентов об организации медпомощи // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1998. – № 4. – С. 30–32.
13. **Гвозденко А. А.** Основы страхования. – М.: Финансы и статистика, 2004.
14. **Герасименко Н. Ф., Григорьев Ю. И., Истомина Л. Б.** О правотворческой деятельности в сфере охраны здоровья населения Российской Федерации // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1999. – № 4. – С. 3–6.
15. **Герасименко Н. Ф.** и др. Обязательное медицинское страхование: что нужно знать медицинскому работнику. – М.: МЦФЭР, 2003.
16. **Герасименко Н. Ф., Александрова О. Ю., Григорьев И. Ю.** Охрана здоровья населения в правовой системе Российской Федерации // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2004. – № 2. С. 23–27.

17. *Гидденс Э.* Устройство общества: очерк теории структуризации. – М.: Академический Проект, 2003.
18. *Гинзбург А. И.* Страхование. – СПб.: Питер, 2004.
19. *Глушкова С. И.* Права человека в России: теория, история, практика. – Екатеринбург: Изд-во Гуманитарного университета, 2002.
20. *Головнина Н., Ореховский П.* Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы // Общество и экономика. – 2005. – № 3. – С. 54–87.
21. *Голухов Г. Н., Рейхард Д. В., Шиленко Ю. В.* Маркетинговое исследование рынка платных медицинских услуг // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 4. – С. 42–44.
22. *Готлиб А. С.* Введение в социологическое исследование: качественный и количественный подходы. Методология. Исследовательские практики. – Самара: Изд-во «Самарский университет», 2002.
23. *Гревцов Ю. И.* Очерки теории и социологии права. – СПб., 1996.
24. *Девятко И.* Модели объяснения и логика социологического исследования. – М., 1996.
25. Деятельность неправительственных организаций России по защите репродуктивных прав и охране репродуктивного здоровья (обзор конференции) // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2000. – № 3. – С. 54–56.
26. *Дмитриева Н. В., Трегубов Ю. Г., Андреева О. В.* Результаты изучения объема и качества медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2000. – № 4. – С. 32–35.
27. *Дмитриева Е. В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. – М.: Центр, 2002.
28. *Дрошнев В. В.* Обязательное медицинское страхование в России. – М.: Анкил, 2004.
29. *Дюркгейм Э.* О разделении общественного труда. Метод социологии. – М.: Наука, 1991.
30. *Журавлева И. В.* Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Изд-во Института социологии РАН, 2002.
31. *Журавлева И. В.* Социальные факторы ухудшения здоровья населения / Россия: трансформирующееся общество / Под ред. В. А. Ядова. – М.: Изд-во «Канон-пресс-Ц», 2001.
32. *Журавлева И. В.* Здоровье населения как междисциплинарная проблема. Становление социологии здоровья // Социология в России. – М., 1998.

33. *Заборовская А., Шишкин С.* Трансформация гарантий получения образования и медицинской помощи в странах с переходной экономикой // Общество и экономика. – 2005. – № 1. – С. 168–192.
34. *Здравоохранение в России: Стат. сб. / Госкомстат России.* – М., 2001.
35. *Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики / Отв. ред. Л. С. Шилова, Л. В. Ясная.* – М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2000.
36. *Зборовский Г. Е.* Общая социология. – Екатеринбург, 2003.
37. *Зборовский Г. Е., Шуклина Е. А.* Социология образования. – М.: Гардарики, 2005.
38. *Игнатов Н. Г.* Отношение населения к медицинской информации // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1998. – № 4. – С. 38–41.
39. *Качановская Э. Т., Левант Н. А.* Справочное пособие по медицинскому страхованию в России. – М.: ЮКИС, 1993.
40. *Кирдина С. Г.* Позволяют ли новые институциональные теории понять и объяснить процессы преобразований в современной России? // Социол. иссл. – 2001. – № 2. – С. 13–23.
41. *Кирдина С. Г.* Институциональные матрицы и развитие России. – Новосибирск: ИЭиОПП СО РАН, 2001.
42. *Клейнер Г. Б.* Эволюция институциональных систем. – М.: Наука, 2004.
43. *Ковалевский М. А.* и др. Основные направления модернизации обязательного медицинского страхования и здравоохранения // Социология медицины. – 2002. – № 1. – С. 14–20.
44. *Кораблева Г. Б.* Профессия и образование: социологический аспект связи. – Екатеринбург, 1999.
45. *Коршевер Н. Г., Сафронов В. В., Полковов С. В., Черевко С. Н.* Работа по охране здоровья: системный подход, оценка и оптимизация // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1999. – № 3. – С. 38–42.
46. *Котова Г. Н., Нечаева Е. Н., Гучек П. А., Карасева Л. Н.* Социологическая оценка качества медицинской помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2001. – № 4. – С. 22–26.
47. *Кравченко А. И.* Социология: Словарь. – М.: Издательский центр «Академия», 1997.
48. *Кравченко А. И., Тюрина И. О.* Социология управления: фундаментальный курс. – М.: Академический Проект: Трикста, 2004.

49. *Лапаева В. В.* Социология права. – М.: Норма: Инфра-М, 2000.
50. *Левит М. М.* Становление общественной медицины в России. – М.: Медицина, 1974.
51. *Лейман И. И.* Наука как социальный институт. – Л.: Наука, Ленинградское отделение, 1971.
52. *Линденбратен А. Л.* Актуальные проблемы совершенствования здравоохранения в субъектах Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 4. – С. 23–26.
53. *Лисицын Ю. П., Стародубов Е. Н., Савельева Е. Н.* Медицинское страхование. – М.: Медицина, 1995.
54. *Лисицын Ю. П.* Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГОЭТАР-МЕД, 2002.
55. *Лисицын Ю. П.* О концепции стратегии охраны здоровья / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 2. – С. 7–10.
56. *Максименко Л. Л., Курьянов А. К.* Изучение мнения населения о проблемах здоровья и здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 1. – С. 20–23.
57. *Максимова Т. М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М.: ПЕР СЭ, 2002.
58. *Мацковский М. С.* Социология семьи: проблемы теории, методологии, методики. – М., 1989.
59. *Миронов А. А., Таранов А. М., Чейда А. А.* Медицинское страхование. – М.: Наука, 1994.
60. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. – М., 2003.
61. *Николайчук В. Е.* Маркетинг и менеджмент услуг. Деловой сервис. – СПб.: Питер, 2005.
62. *Норт Д.* Институты, институциональные изменения и функционирование экономики / Пер. с англ. А. Н. Нестеренко. – М.: Фонд экономической книги «Начала», 1997.
63. *Олейник А. И.* Институциональная экономика: учеб. пособие. – М.: ИНФОРМА-М, 2004.
64. Отношение населения к здоровью. – М.: Изд-во Института социологии РАН, 1993.
65. *Панова Л. В., Русинова Н. Л.* Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социол. иссл. – 2005. – № 6. – С. 127–135.
66. *Парсонс Т.* О структуре социального действия. – М.: Академический Проект, 2000.

67. **Пригожсин А. И.** Современная социология организаций. – М., 1995.

68. **Пузиков В. П.** и др. Изучение мнения руководителей медицинских учреждений о проблемах обязательного медицинского страхования // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2003. – № 5. – С. 31–33.

69. **Радул В. В.** и др. О защите прав пациента в условиях обязательного медицинского страхования // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2003. – № 2. – С. 42–45.

70. **Решетников А. В.** Социальный портрет потребителя медицинских услуг // *Экономика здравоохранения*. – 2000. – № 12. – С. 8–12.

71. **Решетников А. В.** Социальный портрет потребителя медицинских услуг в России в период перехода к рыночной экономике // *Социологические исследования*. – 2003. – № 1. – С. 92–101.

72. **Решетников А. В.** Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002.

73. **Решетников А. В.** Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. – М.: Финансы и статистика, 1998.

74. Российская социологическая энциклопедия / Под ред. Г. В. Осипова. – М.: Издательская группа НОРМА ИНФРА-М, 1999.

75. **Рошаль Л.** Крошками не накормишь // *Стратегия России*. – 2004. – № 7. – С. 29–30.

76. **Рывкина Р. В.** Экономическая социология переходной России. Люди и реформы. – М.: Дело, 1998.

77. **Семенов В. Ю.** Социальные аспекты реформирования российского здравоохранения // *Социология медицины*. – 2002. – № 1. – С. 51–54.

78. **Семенова В. В.** Качественные методы: введение в гуманитаристическую социологию. – М.: Добросвет, 1998.

79. **Сергеев В. В., Захаров С. О.** Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 2000. – № 1. – С. 7–10.

80. **Сорокин П. А.** Общедоступный учебник социологии. Статьи разных лет / Ин-т социологии. – М.: Наука, 1994.

81. Социология. Основы общей теории: учеб. пособие / Г. В. Осипов и др. / Под ред. Г. В. Осипова и Л. Н. Москвичева. – М.: Аспект Пресс, 1996.

82. Социология: Энциклопедия / Сост. А. А. Грицанов и др. – Минск: Книжный Дом, 2003.

83. *Спенсер Г.* Синтетическая философия: пер. с англ. – К.: Ника-Центр, 1997.

84. *Страшун И. Д.* Полвека земской медицины / Очерки истории русской общественной медицины. – М.: Медицина, 1965.

85. *Трегубов Ю. Г., Дмитриева Н. В., Андреева О. В., Рытвинский С. С.* О современных проблемах совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению (мнения населения и врачей общей практики) // *Здравоохранение Рос. Федерации.* – 2000. – № 2. – С. 29–32.

86. Учебный социологический словарь с английскими и испанскими эквивалентами / Под ред. С. А. Кравченко. – М.: Экзамен, 2001.

87. *Филатов В. Б., Жилева Е. П.* Безопасность пациента как важнейший аспект проблемы качества медицинской помощи // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* – 2003. – № 1. – С. 40–43.

88. *Филиппов Ф. Р.* Социология образования. – М., 1980.

89. *Финченко Е. А., Степанов В. В.* Охрана здоровья населения: проблемы и перспективы // *Проблемы управления здравоохранением.* – 2002. – № 6. – С. 40–44.

90. *Финченко Е. А., Степанов В. В.* Некоторые аспекты роста расходов на здравоохранение и обязательное медицинское страхование // *Экономика здравоохранения.* – 2002. – № 4. – С. 22–24.

91. *Фролов С. С.* Социология. – М.: Издательская корпорация «Логос», 1996.

92. *Чубарова Т.* Недуги здравоохранения // *Стратегия России.* – 2004. – № 7. – С. 23.

93. *Харчев А. Г.* Социология семьи: проблемы становления науки. – М.: ЦСП, 2003.

94. *Ходжсон Дж.* Экономическая теория и институты: Манифест современной институциональной экономической теории: пер. с англ. – М.: Дело, 2003.

95. *Шихов А. К.* Страхование. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000.

96. *Шишкин С. В.* Экономика социальной сферы. – М.: ГУ ВШЭ, 2003.

97. *Шишкин С. В.* Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы // *Журнал исследований социальной политики.* – 2003. – № 1. Т. 1. – С. 107–127.

98. *Шевелев В. Н.* Социология управления. – Ростов н/Д: Феникс, 2004.

99. *Щепин О. П., Овчаров В. К.* Опыт развития первичной медицинской помощи в Российской Федерации и за рубежом // *Здравоохранение Рос. Федерации.* – 2001. – № 5. – С. 3–6.

100. *Щепин В. О., Овчаров В. К.* Здравоохранение России: стратегический анализ и перспективные направления развития // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* – 2005. – № 2. – С. 3–7.

101. *Щербина В. В.* Социальные теории организации: Словарь. – М.: ИНФРА-М, 2000.

102. *Эггертссон Т.* Экономическое поведение и институты: пер. с англ. – М.: Дело, 2001.

103. *Юрьев В. К., Куценко Г. И.* Общественное здоровье и здравоохранение. – СПб.: ООО «Изд-во «Петрополис», 2000.

104. *Якобсон Л.* Сложно, потому и не работает // *Стратегия России.* – 2004. – № 7. – С. 24–25.

Нормативно-правовые источники

1. Конституция Российской Федерации 1993 г.

2. Всеобщая декларация прав человека 1948 г.

3. Гражданский кодекс РФ. Ч. 2.

4. Уголовный кодекс РФ.

5. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28.06.91.

6. Закон РФ «О внесении изменений и дополнений в закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 02.04.93.

7. Закон РФ «Об организации страхового дела в РФ» от 27.11.92.

8. Федеральный закон «Об основах обязательного социального страхования» от 16.07.99.

9. Закон РФ «О защите прав потребителей» от 02.06.93.

10. Закон РФ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с расширением полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, а также с расширением перечня вопросов местного значения муниципальных образований» от 24.12.2004.

11. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993 г.

12. Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (Постановление Правительства РФ от 11 сентября 1998 г. № 1096; изменения от 26 октября 1999 г., 29 ноября 2000 г., 24 июля 2001 г.).

13. Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования (Постановление ВС РФ от 24 февраля 1993 г. № 4543-1; изменения от 5 августа 2000 г., 24 марта 2001 г.).

14. Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования (Постановление Правительства РФ от 29 июля 1998 г. № 857).

15. Положение о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование (Постановление СМ РФ от 11 октября 1993 г. № 1018; изменения от 19 июня 1998 г.).

16. Постановление Правительства РФ от 29 марта 1994 г. № 251 «Об утверждении Правил лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование»; изменения от 19 июня 1998 г., 3 октября 2002 г.

17. Приказ Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24.10.96 № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ».

18. Методические рекомендации «Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования», утв. приказом Федерального фонда ОМС от 06.09.00.

19. Методические рекомендации «Обеспечение информированности населения о правах в области охраны здоровья», утв. Федеральным фондом ОМС 24.08.99.

20. Методические рекомендации «Организация вневедомственного контроля качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования субъекта РФ», утв. Федеральным фондом ОМС 12.05.99.

21. Методические рекомендации «Оценка и возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц», утв. Федеральным фондом ОМС 15.05.98.

22. Методические рекомендации «Возмещение вреда (ущерба)» застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования», утв. Федеральным фондом ОМС 27.04.98.

23. Соглашение от 12 января 1996 г. № 5 между Правительством Российской Федерации и Правительством Свердловской области о разграничении полномочий в сфере здравоохранения.

24. Закон Свердловской области от 21 августа 1997 г. № 54-ОЗ «О здравоохранении в Свердловской области» (изменения от 19 ноября 1998 г.).

25. Закон Свердловской области «О государственных гарантиях обеспечения бесплатной медицинской помощью населения Свердловской области» (1999).

26. Постановление Правительства Свердловской области от 4 ноября 2003 г. № 682-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи».

27. Территориальная программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ, проживающих в Свердловской области, бесплатной медицинской помощью на 2003 г.

28. Постановление Правительства Свердловской области от 3 апреля 2003 г. № 179-ПП «О Концепции развития здравоохранения Свердловской области на 2003–2010 годы».

29. Постановление Главы города Екатеринбурга от 19 сентября 2002 г. № 1030 «О внесении на рассмотрение и утверждение Екатеринбургской городской Думой «Концепции развития здравоохранения муниципального образования «город Екатеринбург» на 2002–2005 годы».

Научное издание

АНТОНОВА Н. Л.

**ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ**

**Редакторы Е. Н. Романова, Т. Б. Баушева
Компьютерная верстка Е. А. Коркина**

Подписано в печать 13.09.2005. Формат 60х90/16
Бумага для множит. аппаратов. Печать на ризографе
Усл. печ. л. 8,14. Тираж 300 экз. Заказ № 265

Отпечатано с оригинал-макета
в ООО «ТНТ»
620142, г. Екатеринбург, ул. Чайковского, 60-1.